



# Sliding Fee Scale Application

Last Name	First Name	Birthdate (MM/DD/YY)	Centricity #	CAIR #
-----------	------------	----------------------	--------------	--------

Please complete this form and return to the front desk to determine if you or members of your family are eligible for reduced fees. Reduced fees are based on family size and annual income. This form must be completed every 12 months or if your financial situation changes.

Name of Head of Household		
Street Address	City	Zip
Phone		

Please list yourself, spouse and all dependents:

Name	Birthdate (MM/DD/YY)	Name	Birthdate (MM/DD/YY)
Self <input type="checkbox"/> Same as above	<input type="checkbox"/> Same as above	Dependent	
Spouse / Registered Domestic Partner		Dependent	
Dependent		Dependent	
Dependent		Dependent	

Please list all monthly household income:

Source	Self	Spouse	Other	Total
Gross wages, salaries, tips, etc.				
Income from business, self-employment, and dependents				
Unemployment compensation, workers' compensation, Social Security, Supplemental Security Income, public assistance, veterans' payments, survivor benefits, pension or retirement income				
Interest, dividends, rents, royalties, income from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources				
<b>Total Income</b>				

Do you have health insurance? (Private Insurance, Health Maintenance Organization (HMO), Managed Care Plan, Student Health Insurance, etc.)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Does a privacy concern prevent you from using your health care insurance for services received through the Public Health Department?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

I certify that the family size and income information shown above is correct.

Print Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

Sliding Fee Scale Category (0-7): \_\_\_\_\_ Witnessed By: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## Aplicación de escala de tarifa variable

Last Name	First Name	Birthdate (MM/DD/YY)	Centricity #	CAIR #
-----------	------------	----------------------	--------------	--------

Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para tarifas reducidas. Las tarifas reducidas se basan en el tamaño de la familia y el ingreso anual. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre del jefe de hogar		
Dirección	Ciudad	Código postal
Número de teléfono		

Por favor anótese usted, su cónyuge y todos los dependientes:

Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
Yo <input type="checkbox"/> Lo mismo que arriba	<input type="checkbox"/> Lo mismo que arriba	Dependiente	
Esposo/Esposa		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Enumerar todos los ingresos mensuales del hogar:

Fuente	Usted	Esposo/Esposa	Otro	Total
Salarios brutos, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por su cuenta propia y dependientes				
Compensación de desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos alquileres, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia externa al hogar y otros fuentes misceláneas				
<b>Ingresos Totales</b>				

¿Tiene usted Seguro médico? (Seguro privado, HMO, plan de cuidado administrado, seguro de salud estudiantil, etc.)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿No quiere usar su seguro médico porque está preocupado por su privacidad sobre su cita con el Departamento de Salud Pública?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Yo certifico que la información que se muestra arriba del tamaño de la familia y de ingresos esta correcta.

Imprimir el nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

Sliding Fee Scale Category (0-7): \_\_\_\_\_ Witnessed By: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_