



Student Sliding Fee Program Application

The Sliding Fee Program allows patients to receive care at a reduced cost. Even if you have insurance, you should apply for the Sliding Fee Program. The information that you provide on this form is **confidential**.

Patient information

Patient name _____ Date of birth _____

Social security number _____ Phone number _____

Address _____

Do you currently have Medicaid or Medicare? Yes: No:

Other Insurance name _____ Insurance phone number _____

Subscriber name _____ Subscriber date of birth _____

Policy number _____

The information that I have provided is correct to the best of my knowledge. I attest that I am not employed and have \$0 income.

Patient Signature

Date

For Internal Use Only

Documentation Yes: Pending: No documented income _____

Sliding Fee qualification: B – 100% C – 75% D – 50% E – 25%

Staff Signature

Date

Date entered in computer



Solicitud de estudiante para el Programa de Tarifas Basadas en el Ingreso

El Programa de tarifas basadas en el ingreso permite a los pacientes recibir atención a un costo reducido. Aunque tenga seguro médico, debe solicitar el Programa de tarifas basadas en el ingreso. La información que proporcione en este formulario es **confidencial**.

Información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nac. _____

Número de Seguro Social _____ Teléfono _____

Dirección _____

¿Tiene actualmente Medicaid o Medicare? Sí: No:

Otro nombre del seguro _____ Teléfono del seguro _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nac del suscriptor _____

Número de póliza _____

La información que proporcioné es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que tengo que informar todo cambio en mis ingresos en un plazo de 30 días posteriores a que ocurra. Cherry Health revisará cada 12 meses si reúno las condiciones, dependiendo del comprobante de ingresos que presente.

Firma del estudiante

Fecha

Solo Para Uso Interno

Documentation Yes: Pending: No documented income _____

Sliding Fee qualification: B – 100% C – 75% D – 50% E – 25%

Staff Signature

Date

Date entered in computer