



Sliding Fee Discount Program Application

Office Use Only Scan Document	
Patient/Parent/Guardian Name: _____	
Patient/Parent/Guardian DOB: _____	

The Sliding Fee Discount Program allows patients to receive care at a reduced cost. Program eligibility is determined by family size and income. Even if you have insurance, you may apply for the Sliding Fee Discount Program. The information that you provide on this form is **confidential**.

Patient Information

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Phone Number: _____ Address: _____

*Patients Under 18 Years of Age

*Parent's or Guardian's Name _____ *Parent's/Guardian's Date of Birth: _____

You are required to bring proof of income. Your yearly income tax return, last month's paycheck stubs, your social security award letter, or other checks you may receive will be considered proof of income.

How many people live in your house? (Anyone living with you sharing household expenses)

Number of People _____ (Include yourself)

Household Income (Anyone working in the household sharing expenses)

Number of people working and/or receiving income _____

Enter the income for **each** person below:

Total Amount of Pay	Frequency (choose one)			
\$ _____	<input type="checkbox"/> Week	<input type="checkbox"/> Bi-weekly	<input type="checkbox"/> Month	<input type="checkbox"/> Year
\$ _____	<input type="checkbox"/> Week	<input type="checkbox"/> Bi-weekly	<input type="checkbox"/> Month	<input type="checkbox"/> Year
\$ _____	<input type="checkbox"/> Week	<input type="checkbox"/> Bi-weekly	<input type="checkbox"/> Month	<input type="checkbox"/> Year
\$ _____	<input type="checkbox"/> Week	<input type="checkbox"/> Bi-weekly	<input type="checkbox"/> Month	<input type="checkbox"/> Year

I have been made aware that not all services provided by Cherry Health qualify for the Sliding Fee Discount Program. The information that I have provided is correct to the best of my knowledge. I understand that I must report any change in income within thirty days. Cherry Health will review my eligibility annually.

OR

I **do not** want to apply for the sliding fee program.

Patient/Parent/Legal Guardian Signature

Date

For Internal Use Only

Total Household Size: _____ Total Annual Income: _____

Documentation (circle one): Pending No Yes Documented Income

Sliding Fee Qualification (circle one): B – 100% C – 75% D – 50% E – 25% None 0%

Staff Printed Name: _____ Date: _____ Date Entered in Computer: _____



Solo Para Uso en la Oficina
Escanear Documento

Patient/Parent/Guardian Name: _____

Patient/Parent/Guardian DOB: _____

Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable

El Programa de Descuento de Tarifa Variable permite a los pacientes recibir atención a un costo reducido. La elegibilidad para el programa está determinada por el tamaño de la familia y los ingresos. Incluso si tiene seguro, puede solicitar el Programa de Descuento de Tarifa Variable. La información que proporciona en este formulario es **confidencial**.

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____ Dirección: _____

*Pacientes Menores de 18 Años

*Nombre del Padre o Tutor _____ *Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: _____

Es necesario que traiga un comprobante de ingresos. Su declaración anual de impuestos sobre la renta, los talones de los cheques de pago del mes pasado, su carta de adjudicación del seguro social u otros cheques que pueda recibir se considerarán prueba de ingresos.

¿Cuántas personas viven en su casa? (Cualquier persona que viva con usted compartiendo los gastos del hogar)

Número de Personas _____ (Inclúyase a sí mismo)

Ingresos del Hogar (cualquier persona que trabaje en el hogar compartiendo los gastos)

Número de personas que trabajan y/o perciben ingresos _____

Enumere los ingresos de **cada** persona a continuación

Monto total de pago	Frecuencia (Seleccione uno)
\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

Me han informado que no todos los servicios proporcionados por Cherry Health califican para el Programa de Descuento de Tarifa Variable. La información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que debo informar cualquier cambio en los ingresos dentro de los treinta días. Cherry Health revisará mi elegibilidad anualmente.

O

No quiero solicitar el programa de tarifa variable.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Solo Para Uso Interno

Total Household Size: _____ Total Annual Income: _____

Documentation (circle one): Pending No Yes Documented Income

Sliding Fee Qualification (circle one): B – 100% C – 75% D – 50% E – 25% None 0%

Staff Printed Name: _____ Date: _____ Date Entered in Computer: _____