



Sliding Fee Discount Program

BCHC is a Community Health Center. It is our mission to ensure that health care is available and affordable for anyone who needs it. At registration, we will ask you to tell us your family size and weekly, monthly or annual income. These questions will help us determine whether you can receive a discount on the cost of your care at BCHC. This is called the Sliding Fee Discount Program. If you qualify for one of the levels of discount, you will pay less than what your care costs. Based on income and family size, we will apply the discount to your out-of-pocket costs, insurance deductibles and co-pays.

In order to use the Sliding Fee Discount Program, you must complete this application. So, whether or not you have insurance, please get information from your Patient Services Representative about the Sliding Fee Discount Program.



Programa De Descuento De Escala Ajustable

El BCHC es un Centro de Salud Comunitario. Nuestra misión es asegurarnos de proveer cuidado de salud costeable para cualquiera que lo necesite. Al registrarse le preguntaremos la información sobre el total de personas que componen su familia y el ingreso semanal, mensual o anual. Estas preguntas nos ayudarán a determinar si usted es elegible para recibir descuento en el costo de su cuidado en el BCHC. Este descuento es llamado el Programa de Descuento de Escala Ajustable. Si usted cualifica para uno de los niveles de descuento, usted pagará menos de lo que cuesta su atención médica. Basado en el ingreso y en el total de miembros de su familia, aplicaremos un descuento a los costos que usted paga, los deducibles del seguro y los co-pagos.

Para poder hacer uso del Programa de Descuento de Escala Ajustable, usted tiene que completar esta aplicación. Por lo tanto, aunque usted tenga o no seguro médico, por favor obtenga la información de el Programa de Descuento de Escala Ajustable con su Representante de Servicio al Paciente.

LIST OF DOCUMENTS TO VERIFY IINCOME

Earned Income:

1. Copy of your latest Federal or State Income Tax Return or
2. Pay check stubs for at least the last 2 months, showing the name of your employer or
3. Letter from your employer stating how much you are paid, when you get paid, and for how long have you been working for them – letter must have name, address, and phone number to contact or
4. Copy of a signed work agreement that states when and how much you are paid.

If you are self- employed:

1. A copy of your most recent quarter tax reporting form or
2. A copy of your last filed gross receipts report or
3. A financial statement for the last year or a signed Affidavit stating what your income for the last 2 months has been.

If you receive monthly income from State or Federal Government:

A copy of your award letter or most recent check or deposit notices for:

- Social Security or VA Benefits and/or
- Unemployment compensation and/or
- Worker's compensation and/or
- General Assistance.

If you receive Child Support or Alimony:

1. A certified copy of your Divorce or Separation Decree or Court Order and/or
2. A copy of the check with explanation of how often the amount is received and/or
3. A letter from your lawyer, the Child Support Division, or the person who pays you.

Other regular income:

1. A letter from the relative or friend that provides the regular income and/or
2. A letter or award notice of grant or student loan.

If you have no income of any kind, we will need a letter from the person(s) who support(s) your living arrangements.

LISTA DE DOCUMENTOS PARA VERIFICACION DE INGRESO

Ingreso ganado:

1. Copia de su ultima Declaración de Impuestos Federales o Estatales o
2. Talonarios de cobro de los pasados 2 meses (que reflejen el nombre de su empleador) o
3. Carta de su empleador indicando cuál es su ingreso, cuándo le pagan y cuánto tiempo lleva trabajando para ellos – la carta tiene que mostrar el nombre, dirección y numero de teléfono para nosotros poder comunicarnos con ellos o
4. Copia de un acuerdo de empleo firmado, el cual documente cuándo y cómo le pagan.

Si usted tiene trabajo propio/autónomo:

1. Copia de su forma de reporte de ingreso más reciente o
2. Copia de su ultima declaración de ingresos brutos o
3. Estado financiero para el año pasado o una "afidávit" firmada documentando cuál ha sido su ingreso durante los pasados 2 meses.

Si usted recibe ingreso mensual de parte del Gobierno Estatal o Federal:

Copia de su carta de adjudicación o de su mas reciente deposito de cheque o notificación de depósitos de:

- Seguro Social o Beneficios de Veteranos y/o
- Compensación por desempleo y/o
- Compensación al trabajador y/o
- Asistencia general y/o

Si usted recibe Manutención de su(s) hijo(s) o Pensión Alimenticia:

1. Copia certificada de su Decreto de Divorcio o Separación u Orden de la Corte y/o
2. Copia del cheque con explicación de cuán frecuente se recibe la cantidad estipulada y/o
3. Carta de su abogado, División de Apoyo a los Niños o de la persona que le paga.

Otro medio de ingreso:

1. Carta del familiar o amistad que le provee ese ingreso regularmente y/o
2. Carta de la adjudicación de la subvención (beca) o préstamo estudiantil.

Si usted no tiene ningún ingreso, necesitamos una carta de la(s) persona(s) que le ayuda(n) a suplir su manutención.

**APPLICATION FOR SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM
 APLICACIÓN PARA ASISTENCIA MEDICA FINANCIERA**



Please print clearly in blue or black ink. If you need help in filling out the application, we will gladly help you. **ALL INFORMATION PROVIDED IS KEPT CONFIDENTIAL.**

Favor de escribir claro en letra de molde en tinta azul o negra. Si usted necesita ayuda completando la aplicación, gustosamente le ayudaremos. TODA LA INFORMACION PROVISTA SE MANTENDRA CONFIDENCIAL.

Please start with yourself and provide income information on all family members/dependents. The following are counted as family members: 1. The patient; 2. The patient's spouse; 3. The patient's and spouse's dependent children; 4. Anyone who claims the patient as a dependent on their tax return; 5. Anyone the patient claims as a dependent on the patient's tax return.

Favor de comenzar con usted y luego provea información de ingreso de todos los miembros de su familia y dependientes. Los siguientes cuentan como miembros de su familia: 1. Paciente; 2. Esposo(a) de paciente; 3. Hijos de paciente y de esposo(a); 4. Persona que reclame al paciente en su planilla de taxes; 5. Persona que el paciente reclame en su planilla de taxes.

Name/Nombre	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento	Sex/ Género	Employer name / address/ phone, Or not employed Nombre de la compañía en que trabaja/dirección/teléfono – o no está empleado	Annual GROSS Income/ Ingreso TOTAL anual
1.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
2.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
3.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
4.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
5.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
6.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
7.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
8.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Proof of income is required. Proof of income for you and for all family/dependents must be provided based on the documentation requested on the prior page. If you are unemployed or have no income, you must provide us a letter telling us what your means of support are. If you are a legal guardian and receive benefits for person(s) under your care, that income must be attached also. Please check below **ALL** sources of income that you are reporting:

Es requisito que provea prueba de ingreso. Basado en la documentación requerida en la página anterior, tiene que proveer evidencia de todos sus ingresos. Si usted está desempleado o no tiene ingreso, tiene que proveer una carta explicando cuáles son sus recursos. Si usted es guardián legal y recibe beneficios por persona(s) que están bajo su cuidado, también tiene que incluir ese ingreso. Favor de seleccionar **TODAS** las fuentes de ingreso que usted está reportando:

- Employment/Empleo
- Public Assistance/ Asistencia Pública
- Pension or Retirement/ Pensión o Retiro
- Grants/ Subsidio
- Social Security or VA/ Seguro Social o Asistencia de Veterano
- Unemployment/ Desempleo
- Child Support or Alimony/ Pensión Alimenticia
- Other/Otro _____

Does Medicare, Medicaid or Private Insurance cover any member of the family? / ¿Algún miembro de su familia tiene cobertura médica por Medicare, Medicaid o seguro privado? Yes/Si No

If yes, please state who and provide a copy of their coverage card(s). / Si respondió afirmativo, por favor indique quién y provea copia de la(s) tarjeta(s) de su seguro médico. _____

BCHC defines "Income" for purposes of sliding fee eligibility as: "A family's weekly, monthly or annual **GROSS income**, which is **income before federal and state taxes have been withheld.**" *Con el propósito de determinar si usted es elegible en la escala ajustable de honorarios, el BCHC define el término "ingreso" como: El ingreso total semanal, mensual o anual de la familia, esto es, ingreso antes que se han retenido los impuestos federales y estatales.*

Monthly Income/ Ingreso mensual: _____, or/ ó

Weekly Income/ Ingreso semanal: _____, or/ ó

Annual Income/ Ingreso anual: _____

OVER/➔

I certify that all information provided by me is true and correct to the best of my knowledge. I agree to cooperate fully in providing any information to verify what I have stated and I authorize BCHC to obtain verification from employers or public benefit agencies to support this application if necessary.

Certifico que toda la información que he provisto es cierta y correcta. Estoy de acuerdo en cooperar completamente a proveer cualquier información para verificar lo que ya yo he indicado y autorizo, si fuese necesario, a BCHC a obtener verificación de parte de empleadores o agencias de beneficios públicos para apoyar esta aplicación.

Signature of applicant/*Firma del que aplica*

Date/*Fecha*

Print Name/*Nombre impreso del que aplica*

SS#/Número de Seguro Social

Address/*Dirección postal*

City, State, Zip Code/*Ciudad, Estado, Código postal*

Home Phone/*Teléfono de la casa*

Cell/*Teléfono celular*

Work/*Teléfono del trabajo*

BCHC staff to complete below this line
De aquí en adelante es para ser completado por el personal de BCHC

Date received: _____ By: _____ Complete? _____

Income annualized: \$ _____

Approved: Yes _____ No _____ By _____

Sliding Fee Discount Program – BCHC Policy Set _____

Date notification was mailed: _____ by _____

Entered in system? _____ By _____

Expiration Date _____