



Reduced Fee Application

FOR OFFICE STAFF USE

Offer Date: _____

Site: _____

Rep: _____

Family Health Centers believes that health care should be accessible to those who need it, regardless of their ability to pay. Family Health Centers further believes that individuals should participate in the cost of their care, as their means permit, discounting fees when applicable.

Full Name _____ Birth Date _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone _____ Best time to call _____

<p>Yes, I want to apply</p> <p>To apply; read, complete both pages of this application, provide proof of income sign below. This is requested in order to determine the Reduced Fee amount. I understand that if Family Health Centers cannot make a determination due to an incomplete application, I might be charged the full fee for my medical, dental and/or pharmacy visits.</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p>	<p>No, I do not want to apply</p> <p>I do not wish to participate in the Reduced Fee Program. I understand that any charges for which I am responsible will be billed to me and will not be reduced. I can apply for the Reduced Fee Program at any time in the future. This applies to me and to the household members listed.</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p>
--	--

Family Size: Family size is defined as all household and/or family members who depend on the same income.

Please list your household and/or family members:

	First Name	Last Name	Date of Birth	Months this person receives income <small>(example: Jan – December)</small>	Medical Insurance
1	SELF (Same person listed above) please complete →				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					



Solicitud para un descuento

PARA USO DEL PERSONAL

Offer Date:

Site:

Rep:

El Centro de Salud Familiar cree que el cuidado de salud debe ser accesible por quien lo necesite, sin importar su habilidad de pagar. También el Centro de Salud Familiar cree que las personas deben participar en el costo de la atención que reciben, hasta donde sus ingresos les permitan, rebajando cobros cuando sea aplicable.

Nombre completo _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Hora mejor para llamar _____

Sí, deseo solicitar. Para solicitar, favor de leer, completar las 2 hojas de esta solicitud, proveer pruebas de los ingresos en bruto de la familia y firmar abajo. Solicitamos esto para poder determinar el descuento. Entiendo que si el Centro de Salud Familiar no puede determinar mi descuento porque no completé la solicitud, puede ser que me cobren el costo completo de mis citas médicas y/o dentales y/o medicamentos.

Firma: _____ Fecha: _____

No, no deseo solicitar. No deseo solicitar ayuda del programa de descuentos. Entiendo que cualquier cobro por el cual soy responsable pagar será cobrado y no será rebajado. En cualquier momento en el futuro puedo solicitar ayuda del programa de descuentos. Esto aplica a mí y a los miembros de mi hogar anotados a continuación.

Firma: _____ Fecha: _____

Tamaño de Familia: El tamaño de familia significa todos los miembros del hogar y/o familia que depende de los siguientes ingresos.

Favor de anotar los miembros del hogar y/o familia:

	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Meses que esta persona recibe ingresos (Ejemplo: de enero a diciembre)	Aseguranza Médica
1	Usted (El mismo nombre escrito arriba)		Favor de rellenar →		
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					



Certification of Income

Please complete if applying for the Reduced Fee Program.

Name _____ Birth Date _____

I hereby certify that the income for my household (including all household/ family members) for the coming twelve months is as follows:

(Before Tax and Deductions)

Wages, salaries, commissions, tips	\$
Social Security Benefits	\$
Public Assistance (Food Stamps, TANF, etc.)	\$
Unemployment/ Workers Compensations	\$
VA Benefits/ Military Retirement	\$
Pensions and/or IRA Distributions/ Railroad Retirement	\$
Rental, royalties, trusts, etcetera.	\$
Dividend and/or Interest Income	\$
Annuities	\$
Other income (specify source)	\$
Total Annual Household Income	\$

ZERO INCOME HOUSEHOLDS ONLY - Please complete if you have NO source of income:

Please describe how your basic needs have been met:

Food: _____ Shelter: _____ Utilities: _____

Other (clothing, soap, etc.): _____

I, _____, certify that I have had no source of income since _____

Name of last employer: _____ Date of last employment: _____

All Applicants: PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENT AND SIGN BELOW.

I agree to be responsible for my Family Health Center bills. I also agree to inform Family Health Centers if I have an insurance and/or income change. I understand if I provide false or incomplete information I may no longer be considered for a discount and certify that the information I have given on this application is complete and true.

Signature: _____ Date: _____



Certificación de los Ingresos

Favor de completar si desea ser considerado para un descuento.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por medio de este documento certifico que los ingresos en bruto de mi hogar/familia durante los próximos 12 meses serán lo siguiente:

(Antes de deducciones/impuestos)

Sueldos, salarios, comisiones, propinas	\$
Beneficios de Seguro Social (pensión)	\$
Asistencia Pública (beneficios de comida, dinero, etc.)	\$
Desempleo o pago de L&I (u otra aseguranza que paga tiempo perdido)	\$
Beneficios militares	\$
Pensiones del trabajo y/o del ferrocarril y/o cuenta individual para la jubilación	\$
Renta de propiedades, derechos de autor, fideicomisos, etcétera.	\$
Ganancias de dividendos y/o intereses de una cuenta o inversión	\$
Anualidades	\$
Otra clase de ingreso (especifique)	\$
TOTAL DE LOS INGRESOS ANUALES DEL HOGAR	\$

HOGARES SIN INGRESOS SOLAMENTE - Favor de completar si usted NO tiene ninguna fuente de ingresos:

Favor de explicar cómo ha podido cubrir sus necesidades básicas sin ninguna entrada de dinero:

Comida: _____ Renta: _____ Servicios públicos: _____

Otro (ropa, jabón etc.): _____

Yo, _____, certifico que no he tenido fuente de ingresos desde _____

Nombre de su último empleador: _____ Fecha del último empleo: _____

Todos los solicitantes: FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE Y FIRMAR A CONTINUACIÓN.

Estoy de acuerdo de hacerme responsable por mi cuenta con el Centro de Salud Familiar y de informar al Centro de Salud si obtengo otra forma de cobertura. Entiendo que si proveo información incompleta o falsa no seré considerado/a para un descuento. Certifico que la información que proveo por medio de esta solicitud es completa y verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____