



Sliding Fee Discount Application

Please print all information in the spaces provided. Be sure to complete all fields and sign below.

Patient's Name:						Today's Date: / /		
						Birth Date: / /		
Name	Family Relation	Date of Birth	ID Number	Income	Frequency	Type of Income Documentation	Date Rcv'd Verified	Staff Signature

I understand that the information I provide on this is subject to verification by CCI Health & Wellness Services. I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and that I have read and understand and agree to adhere to all terms and conditions of the Sliding Fee Discount Program.

Patient or legally authorized individual's signature

X
signature _____ date _____

Do NOT write below this line. To be completed by CCI Health and Wellness Staff.

Acceptable Income Documentation [Enter (x) if verified and obtained]	Calculated Amount Associated w/ Documentation
Current Federal Tax Return	
Check stub(s) with employer name, income, social security #, hours worked, and rate of pay; weekly income * # of weeks/12=.	
Company letter stating annual earnings (Letter must contain a contact person and phone number for contact).	
Official Letters/documents from Social Security, Courts, Child Support, ESC, etc.	
Total Income Amount	

Total Number of Family Members Applying for the Sliding Fee Program

Acceptable Income Documentation [Enter (x) if verified and obtained]			
Acceptable identification for each family member listed on Sliding Fee Program Application.			
All family member(s) name(s) and date(s) of birth listed on Sliding Fee Program Application.			
Qualified Poverty Percentage	Medical/Dental Slide Category	Slide Effective Date	Slide Termination Date

X
staff signature _____ date _____





Solicitud para el Programa de Descuento

Por favor escriba con letra de molde. Asegúrese de completar la solicitud y de firmar en la parte de abajo.

Nombre del Paciente:	Fecha de Hoy: / /
	Fecha de Nacimiento: / /

Nombre	Relación Familiar	Fecha de Nacimiento	Numero de ID	Ingresos	Frecuencia	Tipo de Prueba	Fecha	Firma Staff

Entiendo que la información provista va a ser verificada por CCI Health & Wellness Services. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y que he leído, entiendo y estoy de acuerdo a todos los términos y condiciones del programa de descuento.

Paciente o persona responsable del paciente

X
 firma _____ fecha _____

No escriba debajo de esta línea. Esta sección debe ser completada por CCI Health & Wellness Services.

Pruebas de Ingreso Aceptables [Marque con (x) si la prueba fue verificada y obtenida]	Cantidad calculada y asociada con prueba
Impuestos federales vigentes (taxes)	
Colillas de cheque(s) con el nombre de la empresa, empleado, ingresos, seguro social, horas trabajadas, pago por hora, ingreso semanal *número de semanas/12=	
Carta de la empresa con la cantidad de ingresos anuales (La carta debe tener un punto de contacto con teléfono).	
Cartas oficiales, documentos del departamento del Seguro Social, la corte, manutención de los hijos, etc.	
Cantidad total de Ingresos	
Número total de miembros familiares incluidos en la solicitud	

Pruebas de Ingresos Aceptables [Marque con (x) si la prueba fue verificada y obtenida]

Identificación aceptable para cada uno de los miembros de la familia que aparece en esta solicitud.

Todos los nombres y fechas de nacimiento para cada uno de los miembros de la familia que aparece en esta solicitud

Porcentaje de Calificación	Categoría de Descuento Medico/Dental	Fecha de Inicio	Fecha de Vencimiento

X
 firma del empleado _____ fecha _____

