

Cherry Health

Sliding Fee Program Application

The Sliding Fee 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 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

*Parent's name _____ *Parent's social security number _____

*This information is required for patients younger than 18 years old. The information listed should be for the parent who brings the child to the appointment.

Household size (If there are more than six members of your household, please list on a separate page).

Name	Relationship to patient	Date of birth	Employer

Household income (Your yearly income tax return, a copy of your W-2, last month's paycheck stubs, copies of your social security checks, your food stamp eligibility letter, or other checks you may receive will be considered proof of income. You are required to bring proof of income to your first appointment).

Source	You	Spouse	Children	Other	Frequency (circle one)
Pay from work					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly
Social security					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly
Cash assistance					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly
Retirement pension					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly
Child support, alimony					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly
Interest income					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly
Unemployment					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly
Other					Weekly Bi-Weekly Monthly Yearly

- I have been made aware of all health insurance assistance resources available, regardless of my insurance status.
- I have been informed that I am eligible for the sliding fee marked below.
- I have been made aware that not all services qualify for the sliding fee and may have a different fee.
- I **do not** want to apply for the sliding fee program.

Please note: Sometimes procedures are not covered by health insurance. Cherry Health is able to reduce the amount billed to you if you apply and are eligible for the Sliding Fee 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 every 12 months depending on the proof of income provided.

Patient/Parent/Legal Guardian 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 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. El tamaño de la familia y sus ingresos determinan si usted puede o no participar en el programa. 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

*Nombre del padre o de la madre _____

*Número de Seguro Social del padre o de la madre _____

*Esta información es obligatoria para pacientes menores de 18 años. La información incluida debe corresponder al padre o a la madre que traiga al niño a la cita.

Tamaño del núcleo familiar

(si está compuesto por más de seis personas, haga la lista en una página aparte).

Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador

Ingresos del núcleo familiar (Se considerarán comprobantes de ingresos su declaración anual de impuesto sobre la renta, una copia de su W-2, recibos de paga del último mes, copias de sus cheques del Seguro Social, carta de idoneidad para cupones de alimentos u otros cheques que pudiera recibir. Debe presentar un comprobante de ingresos en su primera cita).

Fuente	Usted	Cónyuge	Hijos	Otro	Frecuencia (encierre una en un círculo)			
Paga por trabajo					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Seguro social					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Ayuda en efectivo					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Pensión por retiro					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Manutención de hijos, pensión alimenticia					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Ingresos por intereses					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Desempleo					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Otro					Semanal	Quincenal	Mensual	Anual

- He sido informado de todos los recursos de asistencia de seguros de salud disponibles independientemente de mi estado de asegurado.
- Me han informado que califico para el descuento basado en los ingresos marcado abajo.
- Me hicieron saber que no todos los servicios califican para el descuento basado en los ingresos, y que los cargos pueden variar.
- No** deseo solicitar el Programa de Tarifas basadas en el Ingreso.

Tenga en cuenta: A veces los procedimientos no están cubiertos por el seguro médico. Cherry Health puede reducir el monto que se le factura si solicita el Programa de Tarifas basadas en el Ingreso y cumple con los requisitos para obtenerlo.

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 paciente, del padre, de la madre o del tutor legal _____ Fecha _____
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 _____