

Cass County Health Clinic Sliding Fee Discount Application

Es la póliza de la Clínica Dental / de Salud del Condado de Cass (CCHC y CCDC) proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Los descuentos se ofrecen según el tamaño familiar y el ingreso anual. Complete la siguiente información y devuélvala al departamento fronterizo para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios de la Clínica de Salud y Odontología que reciban en esta clínica, pero no los servicios o equipos que se compran desde el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de rayos X por parte del radiólogo acreditador y otros servicios similares. Esta forma debe completarse cada 12 meses si su situación financiera cambia.

NOMBRE DEL PACIENTE			JEFE DEL HOGAR Y LUGAR DE EMPLEO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

Por favor, liste al solicitante y a los miembros de la familia que viven en el hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Jefe del hogar		Otro	
Esposo/a		Otro	
Otro		Otro	
Otro		Otro	

Ingreso anual del hogar- No incluye beneficios no monetarios como SNAP, almuerzos escolares, comida / alquiler en lugar de salarios o asistencia de vivienda, el valor de la comida o el combustible producido y consumido en las granjas, el valor del alquiler de la vivienda ocupada por el propietario, Medicare, Medicaid; ganancias de capital, retiros del banco, venta de propiedad, devoluciones de impuestos, obsequios, préstamos, herencia a tanto alzado, pagos únicos del seguro, compensación por lesiones

Fuente	Paciente	Esposo/a	Otro	Total
Salarios, propinas, etc.				
Ingresos netos de autoempleo no agrícola o agrícola				
Compensación por desempleo, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos de veteranos, compensación de trabajadores, Retiro de ferrocarril, beneficios de huelga, TANF				
Pensión alimenticia, manutención de niños, asignaciones familiares militares u otro tipo de manutención regular de una persona ausente o que no vive en el hogar				
Pensiones privadas, pensiones de empleados del gobierno (incluido el pago de jubilación militar), pagos regulares de seguro / anualidad.				
Ingreso total				

NOTA: se podría solicitar copias de retiros, comprobantes de pago u otra información que refleje el ingreso antes de que se apruebe el descuento

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos que se muestran arriba son correctos. Proporcionar información falsa en esta aplicación dará lugar a la revocación de todos los descuentos del Programa de Descuento por Desplazamiento y se restablecerá y pagará el saldo total de la cuenta de inmediato.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

Uso de oficina solamente

Approved Discount: _____ Approved By: _____ Date: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, State issued ID, Passport, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, one month income verification, or other		
Insurance: Insurance Cards		
Notes:		