



Gaston Family Health Services

APLICACION de HONORARIO de ESCALA MOVIL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Postal: _____ Telefono: _____

Ciudad, Estado, Código: _____ NSS#: _____

Total en la Unidad Familiar: _____ Number de Adultos: _____ Numero de Menores: _____

Tiene Seguro medico o Medicaid? SI ____ NO ____ Si si, Que clase? _____

FUENTES DE INGRESOS del SOLICITANTE Y PERSONAS EN LA FAMILIA

***Applicante debe proveer documentación junto con la aplicación. Abajo aparece Una lista de los documentos apropiados. Presente los documentos que apliquen a su familia y usted.**

- **Salario de Aplicante's** – Presente por lo menos una de las siguientes segun le aplique
- Dos Talonarios de Ingreso mas recientes
- Carta timbrada(membrete) o con Logo tipo del empleador que indica/especifique su sueldo por hora y la cantidad de horas que normalmente trabaja en una semana
- Si es Trabajador Independiente o contratista, proporcione su formulario de Impuestos mas reciente incluyendo la 1099 Schedule C
- **Salario de Otros Miembros de familia:** Proporcione por lo menos una de las arriba mencionadas segun le aplique al miembro de familia.
- Si esta desempleado (solicitante o miembros de familia), por favor presente lo siguiente:
- Antecedentes Salariales (del Employment Security Commission o Comission de Seguridad de Empleo) y Un resumen Salarial de Desempleo (de E.S.C.)
- Declaracion de beneficios de discapacidad, seguro social, y/o pension que muestren el ingreso mensual.
- Pensión y/o manutención de hijos – Indique cantidad pagada o proporcione declaración de ingresos mensuales de pensión y/o manutención de hijos.
- Beneficios de Compensacion de Trabajadores
- Pension de Asociacion de Veterano o Asistencia Estatal
- Comprobación de Cupón de alimentos(Estampillas para alimentos)

Ninguna Fuente de Ingresos - Puede Proporcionar con una carta que confirme su estado financiero actual. Esta carta **SOLO** puede provenir de un ministro/sacerdote/rabi/director de un albergue o casa refugio/trabajador social o administrador de caso. Si la carta de verification de ingresos recibidos proviene de parte de familiares o amigos debe ser Notarizada



Gaston Family Health Services

Gaston Family Health Services, Inc.

Cantidad Total de Miembros de Familia _____ # de Adultos _____ # de Menores _____

** La cantidad total de miembros de la familia se utiliza para determinación del descuento**

Cantidad total de miembros de la familia a ser incluidos en la determinación del Programa de Escala de Tarifas Ajustables (pago reducido)

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación | Los Ingresos | La frecuencia del Pago | Fuente |
|--------|---------------------|------------|--------------|------------------------|--------|
| | | Applicante | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Ingreso Total del Hogar \$ _____



Gaston Family Health Services, Inc.

- Toda la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcto y el solicitante no ha omitido material relativo a esta información.
- Tan pronto ocurra un cambio en el ingreso familiar o cobertura de cuidado de salud (seguro medico), Gaston Family Health Services sera notificado y la documentacion apropiada confirmando estos cambios sera provista.
- Aprobación de esta aplicación es limitada a un máximo de (6) meses a partir de la fecha en que fue aprobada
- El solicitante tiene 18 años de edad o mayor, ha sido declarado emancipado por la corte, matrimonio o alguna otra definicion legal.
- Las companies farmaceuticas o sus designados, reciben permiso o autorizacion para revisar los espendientes de los pacientes que participant de alguno de los programas de asistencia al paciente (Cubren co-pagos o proven medicamentos) de la industria farmaceutica ofrecido por el departamento de farmacia del Gaston Family Health Services, para efectos de auditoria.

Estoy de acuerdo en que si fracaso en proveer prueba de ingreso mi familia y yo seremos removidos del Programa de Escala de Tarifas Ajustable (pago reducido) de Gaston Family Health Services, Inc. Entiendo que el costo de mis visitas son basados en la informacion financier que e provisto y que admito que es verdadera e incluye los ingresos de todos los miembros de familia. Estoy de acuerdo con notificar a Gaston Family Health Services, Inc. de cualquier o todos los cambios en cuanto a seguro medico cambio de ingreso familiar.

Firma de Solicitante o Guardián

Fecha

GFHS Witness Signature

Date

X _____



SLIDING SCALE FEE APPLICATION CHECKLIST

(FOR OFFICE USE ONLY)

Patient Name _____ Date of Birth _____ MR# _____

Documents Provided by Applicant

Completed Sliding Scale Fee Application

Identification

Proof of Income – Provide AT LEAST One (1) for EACH adult in the household:

- Two most recent pay check stubs
- Letter on letterhead from employer stating your current rate of pay & hrs in 1 week
- W-2 Form
- Most recent tax returns including (1099 Schedule C if Self-employed)
- Social Security/ Disability Income Statement Letter
- Unemployment Wage Summary from (Employment Security Commission)
- Child Support/Alimony Verification letter
- Food Stamp Verification letter
- Bank Statement
- VA/Pension Income
- Worker's Compensation benefits
- A letter that supports your current financial status. **(This letter may ONLY come from a minister/priest/rabbi, director of a homeless shelter, landlord, or social/case worker.)**
- OTHER (List) -

Verifications Obtained – ***MANDATORY (for office use):

Printed screen showing a **COVERAGE Verification**. Obtained at <https://webclaims.ncmedicaid.com/ncecs/>. Or <https://online.instamed.com>

Reviewed and verifications completed by: _____ Date: _____

Eligibility Dates: START _____ STOP _____ Copay Med: _____ % _____