

Sliding Fee Scale App Page 2

Ingresos de toda la familia:

Miembro de la familia:	Persona/Compania / Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$
Miembro de la familia:	Persona/ Compania/Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$
Miembro de la familia:	Persona/ Compania/Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$

Entiendo y acepto que soy responsable por cualquier costo asociado con el tratamiento médico fuera de NOAH, incluyendo, pero sin limitarse a, medicamentos, servicios de especialidad (laboratorio, radiología, cardiología, cuidados respiratorios) y remisiones a otros médicos. Entiendo que si decido no entregar documentación en referencia al tamaño de la familia e ingresos, NOAH podrá encontrarme no elegible para el programa del descuento. Entiendo que si los ingresos de mi familia exceden el 200% del Nivel Federal de Pobreza, no seré (serán) elegibles para el descuento de NOAH.

Estoy de acuerdo en que en el momento de recibir el servicio, pagaré el copago al que califiqué. Entiendo que yo soy responsable de renovar esta solicitud anualmente.

Por medio de la/el presente certifico y entiendo que di respuestas correctas en referencial a mi tamaño familiar e ingreso.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del coordinador de elegibilidad

Fecha

FPL level: _____
Effective date: _____
Expiration date: _____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

Total # of members in Household: _____ Total Household Yearly Income: \$ _____

Eligibility

Notes: _____

FPL

Calculation: _____

DOCUMENTS ATTACHED

Family Size: Government issued ID:

- Driver's License/Photo ID
- Birth Certificates qty: _____
- School ID'S QTY: _____
- Social Sec Cards qty: _____
- Passports qty: _____
- Other Medical/ Dental Insurance: _____ (Ex. AHCCCS) (if applicable)

Income:

- Paycheck Stub Employer's Statement Award Letter Payment Calendar
- Letter from income source(child support, spousal maintenance)
- Self-Attestation for Self-Employment Tax Return No Income Self Attestation

Proof of Bank Account: (Optional)

- Checking account statement