

HOPE CLINIC (Asian American Health Coalition)

PRESUMPTIVE SLIDING FEE SCALE DISCOUNT PROGRAM REGISTRATION

HOPE Clinic is not a free clinic. We offer the variety of comprehensive medical services based on a sliding fee scale discount. In order to be QUALIFIED for the discount, please complete the following information.

Family Size: includes yourself, spouse and children's under the age of 18 yrs old for which you are legally responsible. La Clinica Hope no es gratuita. Ofrecemos servicio medico basado en sus ingresos mensuales y el numero de miembros familiares del hogar. Favor de completar la siguiente informacion. Unidad familiar incluye usted mismo, esposo (a) y niños menores de 18 años.

Applicant Information/Informacion del solicitante							
Name/ Nombre (Apellido, Primer nombre)			Phone/ Numero de Telefono:			County/Condado	
Address/Direccion:			City/Ciudad:		State/Estado		Zip/Codigo postal
Household Information/ Information de la unidad familiar							
Name (Last,First,Middle) Nombre(Apellido,primer Nombre)	SSN(optional) Num.de Seguro Social(optional)	Date of BIRTH Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	What Relation to you? Parentesco con usted	US Citizen? Ciudadano estadounidense
1.						Self/Yo mismo	YES NO
2.						Spouse/esposo(a)	YES NO
3.						Son/daughter Hijo/hija	YES NO
4.						Son/daughter hijo(a)	YES NO
5.						Son/daughter Hijo/hija	YES NO
6.						Son/daughter Hijo/hija	YES NO

Does any member of family member have private insurance? Algún Miembro familiar tiene aseguranza privada? YES/SI NO
 Does any child under 18 receive Medicaid or CHIP? Algún niño menor de 18 años recibe medicaid o CHIP? YES/SI NO

List all of your household's income below[such as; wages and tips (gross), public assistance, social security and disability (gross), unemployment, savings account(s), checking account(s), income from annuities, investments, dividends, child support, and other source of income]. Escriba todos los recursos monetarios que recibe antes de impuestos (sueldo, propinas, asistencia publica, beneficios del seguro social, discapacidad, desempleo, cuenta de cheques, ahorros, ingresos de anualidades, inversiones de fondos y otros recursos monetarios)

Name of person receiving money (Nombre de la persona que recibe el dinero)	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad Recibida	How often received?(daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) Con que frecuencia lo recibe?(diariamente, por semana, cada quincena, una vez al mes?)
		\$	

Due to my need of immediate medical care, I was not able to complete the eligibility determination process for the clinical category sliding scale program for the whole year. I understand that I must return with the required documentation/verification within 90 days of today's date.

A causa de mi necesidad de recibir atencion medica inmediata, no pude completar el proceso de determinacion del programa. Entiendo que, en los 90 dias siguientes a la prestacion de los servicios que reciba hoy, regresare con la documentacion o la verificacion solicitada para completar el proceso de determinacion del derecho a participar en el programa.

_____ / _____ / _____
 Patient signature/firma del paciente Spouse signature/firma del esposo (a) Date/ Fecha de hoy

Date/Time _____

HOPE CLINIC (Asian American Health Coalition)

SLIDING FEE SCALE DISCOUNT PROGRAM REGISTRATION

HOPE Clinic is not a free clinic. We offer the variety of comprehensive medical services based on a sliding fee scale discount. In order to be QUALIFIED, please complete the following information.

Family Size: includes yourself, spouse and children's under the age of 18 yrs old for which you are legally responsible. La Clínica Hope no es gratuita. Ofrecemos servicio médico basado en sus ingresos mensuales y el número de miembros familiares del hogar. Favor de completar la siguiente información. Unidad familiar incluye usted mismo, esposo (a) y niños menores de 18 años.

Applicant Information/Informacion del solicitante								
Name/ Nombre (Apellido, Primer nombre)			Phone/ Numero de Telefono:			County/Condado		
Address/Direccion:			City/Ciudad:		State/Estado		Zip/Codigo postal	
Household Information/ Information de la unidad familiar								
1	Name (Last,First,Middle) Nombre(Apellido,primer Nombre)	SSN(optional) Num.de Seguro Social(optional)	Date of BIRTH Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	What Relation to you? Parentesco con usted	US Citizen? Ciudadano estadounidense
.							Self/Yo mismo	YES NO
2							Spouse/esposa (o)	YES NO
3							Son/daughter Hijo/hija	YES NO
4							Son/daughter Hijo/hija	YES NO
5							Son/daughter Hijo/hija	YES NO
6							Son/daughter Hijo/hija	YES NO

Does any member of family member have private insurance? Algún Miembro familiar tiene aseguranza privada? YES/SI NO
 Does any child under 18 receive Medicaid or CHIP? Algún niño menor de 18 años recibe medicaid o CHIP? YES/SI NO

List all of your household's income below[such as; wages and tips (gross), public assistance, social security and disability (gross), unemployment, savings account(s), checking account(s), income from annuities, investments, dividends, child support, and other source of income].

Escriba todos los recursos monetarios que recibe antes de impuestos (sueldo, propinas, asistencia publica, beneficios del seguro social, discapacidad, desempleo, cuenta de cheques, ahorros, ingresos de anualidades, inversiones de fondos y otros recursos monetarios)

Name of person receiving money (Nombre de la persona que recibe el dinero)	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patron o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad Recibida	How often received?(daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) Con que frecuencia lo recibe?(diariamente, por semana, cada quincena, una vez al mes?)
		\$	
		\$	

I hereby certify that the income and family composition information are true and correct to the best of my knowledge.

Certifico que las declaraciones que he hecho y mis respuestas son verdaderas .

_____ AND _____
 Patient Signature/Firma del solicitante Spouse signature Date/Fecha de hoy