

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 for the discount, please complete the following information.

Family Size: includes yourself, significant other and children 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 familia: lo incluye a usted mismo, a su pareja y a los niños de los cuales es legalmente responsable.

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)	Date of BIRTH Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	What Relation to you? Parentesco con usted	SSN(optional) Num.de Seguro Social(optional)
1.				Self/Yo mismo	
2.				Significant other/Pareja	
3.				Son/daughter-Hijo/Hija	
4.				Son/daughter-Hijo/Hija	
5.				Son/daughter-Hijo/Hija	
6.				Son/daughter-Hijo/Hija	

Does any family member mention above have insurance? For example CHIP/Medicaid, Marketplace or private insurance. Yes / No
¿Algún miembro de la familia mencionado anteriormente tiene seguro? Por ejemplo CHIP/Medicaid, Marketplace o seguro privado. Si / No

List all of your household's income below[such as; wages and tips (gross), public assistance, social security and disability (gross), unemployment, 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?)
		\$	
		\$	

You must report any changes of name, address, marital status, legal status, income, household members, and health coverage right away. Failure to report these changes may mean you lose your assistance from HOPE Clinic and may be responsible to pay the costs of care from HOPE Clinic. HOPE Clinic has the right to ask for more information.

I certify that the information I have given to HOPE Clinic is true and complete to the best of my knowledge.

Debe informar cualquier cambio de nombre, dirección, estado civil, situación jurídica, ingresos, miembros del hogar y cobertura de salud de inmediato. No informar estos cambios puede significar que pierda la asistencia de HOPE Clinic y puede ser responsable de pagar los costos de la atención de HOPE Clinic. HOPE Clinic tiene derecho a solicitar más información.

Certifico que la información que he proporcionado a HOPE Clinic es verdadera y completa a mi entendimiento.

Patient signature/Firma del Paciente

_____/_____
Date/ Fecha de hoy

Significant other signature/Firma del Pareja

_____/_____
Date/ Fecha de hoy