

**Application for Sliding Fee Scale**

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

Domicilio de facturación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ No tengo hogar. No tengo residencia permanente por la noche.

¿Es Ciudadano de los Estados Unidos? **SI NO** ¿Usted es considerado residente del Estado de Colorado? **SI NO**

¿A usted lo reclaman como dependiente en los impuestos de alguna persona? **SI NO** ¿Quién lo reclama como dependiente?

\_\_\_\_\_ ¿Tiene Seguro médico? **SI NO**

Nombre de seguro medico primario y #ID:: \_\_\_\_\_ *\*Por favor incluya una copia de la tarjeta*

¿Tiene Medicaid? **SI NO** #ID Medicaid \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha aplicado para Medicaid? **SI NO** Fecha que aplico \_\_\_\_\_

¿Esta encarcelado al presente? **SI NO** ¿Cuanto tiempo tiene encarcelado? \_\_\_\_\_

**\*Hogar es definido como cualquier persona que recibe % de apoyo del hogar.**

	Nombre a todo miembro del hogar	Relación	Fecha de nacimiento	Empleador/Fuente	Ingreso bruto
1		Yo			
2					
3					
4					
5					
Ingreso Bruto Anual del Hogar					\$

**\*Por favor incluya manutencion infantil recibida, pension alimenticia, Seguro Social, discapacidad, y cualquier otra fuente de ingresos**

\_\_\_ Al presente estoy desempleado y no califico para beneficios de desempleo.

\_\_\_ No tengo fuente de ingresos al presente. **\*Si marco, por favor complete la forma Atestacion de Cero Pago.**

**Solo Hospitalario**

\_\_\_ Yo apruebo a MSH/WSH/TWS de contactar a mi empleador y obtener mi verificación de ingresos para evaluar para reducción de pago.

\_\_\_ No apruebo a MSH/WSH/TWS de contactar a mi empleador para verificación de ingresos.

**\*Si cliente esta de acuerdo a contactar empleador, complete la forma ROI**

Informacion Adicional:

Por la presente certifico que la información dada es correcta a mi mejor conocimiento y le doy a Mind Springs Health/West Springs/Transitions at West Springs, permiso de verificar cualquier información dada. Yo entiendo que si no proveo prueba de ingresos se espera que yo pague el balance que se ha atribuido que es mi responsabilidad en completo.

Firma de Paciente o representante autorizado \_\_\_\_\_

MSH/WSH Staff only  
 Staff \_\_\_\_\_  
 UBP rating \_\_\_\_\_ Date approved \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde

Fecha \_\_\_\_\_