

**Family Size & Income**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
**Social Security:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
**Today's Date:** \_\_\_\_\_

Valley View Health Center receives funding based on the information provided on this form. Even if you are not applying for the *discount*, please complete the **Family Size & Income** information to help us meet our grant reporting requirements. *Thank You!*

**Please list spouse, significant other, and dependents even if you are not applying for the *discount*.**

Name	Relationship to you	Type of income	Monthly gross income
	Self		
<b>Total income:</b>			

**Note:** Please include income documentation for each individual listed that has an income. Copies of tax returns, last two pay stubs, or other information verifying income are required before a *discount* is approved.

**Samples of type of income:**

- Employment
- Disability
- Unemployment
- Child Support
- Self-Employment
- Savings
- Social Security
- VA Benefits
- Spousal Support
- Public Assistance/food stamps
- Training Stipends
- Housing Allowance
- Scholarships/Grants
- Military Family Allotments
- Other
- Support from an Absent Family Member

**If your income is \$0, how are you meeting your food, clothing shelter and transportation needs?**

**Discount**

It is the policy of Valley View Health Center to provide services regardless of an individual's ability to pay. A *discount* is offered based on family size and annual income. Please complete and initial all information and return to the front desk to determine if you or members of your family are eligible for a *discount*.

- I understand that I am responsible for payments after qualifying for the discount. *Initial here* \_\_\_\_\_
- I understand that some services may not be covered under this discount. *Initial here* \_\_\_\_\_
- I understand that accounts more than 90 days past due may be sent to collections. *Initial here* \_\_\_\_\_
- I understand that I need to bring in Proof of Income(POI)within 30 days. *Initial here* \_\_\_\_\_

I certify that the **Family Size & Income** information provided is correct. I give Valley View Health Center permission to verify this information. This form must be completed every 12 months or if your financial situation changes.

**Name/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Relationship to patient:** \_\_\_\_\_

**Office Use Only**

Staff Name: \_\_\_\_\_

Income Verification Provided:

- Prior year tax return     Two (2) most recent pay stubs     Supporting letter with Manager's initials \_\_\_\_\_  
 Other: \_\_\_\_\_

**Family Size & Income (Tamaño de Familia e Ingresos)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

El Centro de Salud Valley View recibe fondos en base de la información proporcionada en este formulario. Incluso si usted no está solicitando el descuento, por favor complete la información de **tamaño de familia e Ingresos** para ayudarnos a cumplir nuestros reportes de información. ¡Gracias!

**Por favor escriba el nombre de su esposo/a o pareja y sus dependientes, incluso si no está solicitando el descuento.**

Nombre	Relación a usted	Tipo de ingreso	Ingresos brutos mensual
	Yo		
<b>Ingreso total:</b>			

**Nota:** Por favor, incluya la documentación de ingresos para cada adulto en el hogar. Se requieren copias de declaraciones de impuestos, los dos últimos talones de pago, u otra información de ingresos verificado antes de que se apruebe un descuento.

**Muestras de tipo de ingresos:**

- Empleo
- Ingresos de discapacidad
- Desempleo
- Manutención de niños
- Empleado por cuenta propia
- Ahorros
- Seguro Social
- Beneficio de veteranos
- Manutención
- Beca
- Subsidio vivienda
- Subsidio militar
- Apoyó por un familiar ausente
- Remuneración salarial
- Otro
- Asistencia pública/estampillas de comida

**Si su ingreso es de \$ 0, por favor háganos saber cómo cumple sus necesidades básicas.**

**Descuento**

Es la política del Centro de Salud Valley View proporcionar servicios independientemente de la capacidad de un individuo para pagar. El *descuento* se ofrece en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la información y vuelva a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un *descuento*.

- Yo entiendo que soy responsable por pagos después de calificar para el descuento. *Iniciales* \_\_\_\_\_
- Yo entiendo que algunos servicios no son cubiertos por este descuento. *Iniciales* \_\_\_\_\_
- Yo entiendo que cuentas más de 90 días atrasadas pueden ser enviadas a colección. *Iniciales* \_\_\_\_\_
- Yo entiendo que debo traer pruebas de ingresos dentro de 30 días. *Iniciales* \_\_\_\_\_

**Certifico que la información de tamaño de familia e ingresos proporcionada es correcta. El Centro de Salud Valley View tiene mi permiso para verificar esta información.** Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre/Guardián: \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**Uso De Oficina Personal**

Staff Name: \_\_\_\_\_

**Income Verification Provided:**

Prior year tax return     Two (2) most recent pay stubs     Supporting letter with Manager's initials \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_