

Sliding Fee Discount Application

 Patient Name: _____
 Date of Birth: _____

Today's Date: _____

Family Size & Income: Providing this information will help Valley View Health Center (VVHC) obtain funding for services. This information will remain confidential. Please let us know if any family information has changed. **Please list all individuals in the household supported by this income.**

Name	Date of Birth	Relationship to you	Valley View Patient?	How often are you paid?	Monthly Income (before taxes and deductions)
		Self	☐ Yes ☐ No	☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly	☐ Semi-monthly ☐ Other _____ ☐ None
			☐ Yes ☐ No	☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly	☐ Semi-monthly ☐ Other _____ ☐ None
			☐ Yes ☐ No	☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly	☐ Semi-monthly ☐ Other _____ ☐ None
			☐ Yes ☐ No	☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly	☐ Semi-monthly ☐ Other _____ ☐ None
			☐ Yes ☐ No	☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly	☐ Semi-monthly ☐ Other _____ ☐ None
			☐ Yes ☐ No	☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly	☐ Semi-monthly ☐ Other _____ ☐ None
Total Monthly Income:					
Annual Income = (Monthly Income x 12):					

If you have additional family members, please ask Reception for an additional form.

***Please complete a Self-Declaration of Income form if you are paid with cash or have no income.**

I certify that the information provided is correct. I give Valley View Health Center permission to verify this information.

Discount Program: Verification of income is required before a discount is approved. If you have insurance and qualify for the discount, Valley View is required to bill your insurance before any discounts are applied to your account. Valley View requires documentation to be provided within 40 days of your appointment. Discounts are valid for one year unless your family size or income changes during the timeframe you are eligible. Annual renewal is required in which you must provide updated proof of income to determine if you still qualify to receive the discount. All family members listed in the household who are Valley View patients will also have the discount applied to their account (if approved).

Eligibility Review: The amount quoted may change after the VVHC Finance Department reviews your application, which occurs within the first 60 days per program regulations.

 (Signature) ☐ Patient ☐ Parent ☐ Guardian

 (Print) ☐ Patient ☐ Parent ☐ Guardian

OFFICE USE ONLY

Staff Name: _____

Income Verification Provided:

☐ Prior year tax return
 ☐ Two (2) most recent pay stubs
 ☐ Social Security or Disability Letter
☐ Supporting letter with Manager's initials (Self Declaration of Income)
 ☐ Other: _____

☐ Clinical Staff notified if discount is retroactively applied to encounters within the past 40 days.

Solicitud de descuento de tarifa variable

Nombre del paciente: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de familiares e ingresos: Proporcionar esta información ayudará a Valley View Health Center (VVHC) a obtener fondos monetarios para los servicios. Esta información será confidencial. Por favor, háganos saber si su información familiar ha cambiado. **Por favor, enumere todas las personas en su hogar que se benefician de estos ingresos.**

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es paciente de Valley View?	¿Con qué frecuencia le pagan?		Ingresos mensuales (antes de impuestos y deducciones)
		Yo mismo	☐ Sí ☐ No	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente	☐ Dos veces al mes ☐ Otro _____ ☐ Ninguno	
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente	☐ Dos veces al mes ☐ Otro _____ ☐ Ninguno	
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente	☐ Dos veces al mes ☐ Otro _____ ☐ Ninguno	
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente	☐ Dos veces al mes ☐ Otro _____ ☐ Ninguno	
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente	☐ Dos veces al mes ☐ Otro _____ ☐ Ninguno	
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente	☐ Dos veces al mes ☐ Otro _____ ☐ Ninguno	
Ingresos mensuales totales:						
Ingresos anuales = (Ingresos mensuales x 12):						

Si tiene más familiares, solicite un formulario adicional en recepción.

***Por favor, complete un formulario de autodeclaración de ingresos si cobra en efectivo o no tiene ingresos.**

Certifico que la información proporcionada es correcta. Doy permiso a Valley View Health Center para verificar esta información.

Programa de descuentos: Es necesario verificar los ingresos antes de aprobar un descuento. Si usted tiene seguro y califica para el descuento, Valley View está obligado a facturar a su seguro antes de que cualquier descuento se aplique a su cuenta. Valley View requiere que la documentación se proporcione dentro de los 40 días de su cita. Los descuentos son válidos durante un año, a menos que el tamaño de su familia o sus ingresos cambien durante el período en que usted es elegible. Se requiere una renovación anual en la que deberá proveer una prueba actualizada de sus ingresos para determinar si todavía califica para recibir el descuento. Todos los miembros de la familia que figuran en el hogar y que son pacientes de Valley View también se les aplicará el descuento a su cuenta (si se aprueba).

Revisión de la elegibilidad: La cantidad citada puede cambiar después de que el Departamento Financiero de VVHC revise su solicitud, el cual ocurre dentro de los primeros 60 días acorde a la normativa del programa.

 (Firma) ☐ Paciente ☐ Padre/Madre ☐ Tutor

 (Imprimir) ☐ Paciente ☐ Padre/Madre ☐ Tutor

SOLO PARA USO EN OFICINA

Nombre del personal: _____

Verificación de ingresos proporcionada:

☐ Declaración de impuestos del año anterior ☐ Dos (2) talones de pago más recientes ☐ Carta del Seguro Social o de discapacidad
☐ Carta justificativa con las iniciales del gerente (Autodeclaración de ingresos) ☐ Otros: _____

☐ Se notifica al personal clínico si el descuento se aplica retroactivamente a las citas de los últimos 40 días.