



Acct. #: _____

Patient Name	Date of Birth	SSN

SLIDING FEE HOUSEHOLD VERIFICATION

If you wish to participate in our sliding fee program, it is necessary for us to ask personal questions regarding financial status in order to give a discount on our medical expenses. This information will be kept on file within our clinic in strict confidence. The information will be maintained securely and separately from your medical records. Authorized persons of Boston Mountain Rural Health Center, Inc. may update income at any time upon request. Yearly **household** income must be verified at least once every 12 months (May 1st of each year). **Withholding of household income could result in denial of discounts for services rendered. All proof of household income must be submitted to Boston Mountain Rural Health Center at the time of the appointment.**

Proof of the above is needed for **each person** in your household. Annual income will be used to calculate the level of your payment. Please list the names of members in your household (including self) to be included in this account.

NAME	AGE	DATE OF BIRTH	SOCIAL SECURITY #	RELATIONSHIP TO APPLICANT

Total Number in Household: _____

Did you file a tax return? Yes _____ No _____ (If yes, please submit a copy with this form. If no, please explain below & complete the "List of Income" on page 2.

Do you have ANY insurance coverage? Medical _____ Dental _____ If Yes, please notify BMRHC staff and present your card.

Patient/Responsible Party Signature

Date

Prepared By

Date

I certify that the information presented is correct and that I understand that I will be fully responsible for the bill if I do not comply with the above income requirements.

.....
OFFICE USE ONLY

Total Household Income: \$ _____ Sliding Fee: _____

Transfer of documents: _____ Date _____ Dental Slide Added: _____
Staff Initials Date Staff Initials Pt Initials Date

List Income for all members of the household



MONTHLY/ANNUAL INCOME	FOR YOU	FOR SPOUSE	FOR CHILDREN	FOR OTHERS
GROSS WAGES & SALARIES				
SOCIAL SECURITY & PENSIONS				
ANNUITY & VETERANS BENEFITS				
DHS - FOOD STAMPS				
SELF-EMPLOYMENT & OTHER				
TOTALS				

Extra Information

Zero Income/explanation?

Other Notes/Comments:

I certify that the financial information is correct and includes all household income. I also agree that, until I furnish a tax return (if applicable), I will verify the income at each visit. I realize authorized persons of BMRHC may update income at any time upon request.

Patient/Responsible Party Signature

Date

Prepared By

Date

Nombre del Paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
---------------------	---------------------	-------------------------

Transfer of document/Income Verified: _____
Staff Initials _____ Date _____



--	--	--

Numero de Cuenta _____

VERIFICACION DEL INGRESO EN EL HOGAR PARA PROGRAMA DE TARIFA

BAJA

Si desea participar en nuestro programa de tarifa baja, es necesario que hagamos preguntas personales sobre el estado financiero para poder otorgar un descuento en nuestros gastos médicos. Esta información se archivará en nuestra clínica con absoluta confidencialidad. La información se mantendrá segura y separada de sus registros médicos. Las personas autorizadas de Boston Mountain Rural Health Center, Inc. pueden actualizar los ingresos en cualquier momento que lo soliciten. Los ingresos anuales del **hogar** deben verificarse al menos una vez cada 12 meses (1 de mayo de cada año). **La retención de los ingresos del hogar podría dar lugar a la denegación de descuentos por los servicios prestados. Todos los comprobantes de ingresos del hogar deben enviarse a Boston Mountain Rural Health Center al momento de la cita.**

Se necesita prueba de lo anterior para **cada persona** en su hogar. Los ingresos anuales se utilizarán para calcular el nivel de su pago. Enumere los nombres de los miembros de su hogar (incluido uno mismo) que se incluirán en esta cuenta.

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

Numero total en el hogar: _____

Transfer of document/Income Verified: _____
Staff Initials Date

Revised: 6/04/19 Total de Ingreso _____ Grupo de Tarifa Baja _____



¿Presentó una declaración de impuestos? Sí _____ No _____ (En caso afirmativo, envíe una copia con este formulario. En caso negativo, explique a continuación y complete la "Lista de ingresos" en la página 2.

¿Tiene alguna cobertura de seguro? Médico _____ Dental _____ En caso afirmativo, notifique al personal de BMRHC y presente su tarjeta.

Firma del paciente/parte responsable

Fecha

Preparado por

Fecha

Certifico que la información presentada es correcta y que entiendo que seré totalmente responsable de la factura si no cumplo con los requisitos de ingresos anteriores.

Anote los ingresos para todos los miembros del hogar

Transfer of document/Income Verified: _____
Staff Initials _____ Date _____

Revised: 6/04/19

Total de Ingreso _____ Grupo de Tarifa Baja _____



MENSUAL/ANUAL INGRESOS	PARA USTED	PARA ESPOSO (A)	PARA NINOS	PARA OTROS
SALARIOS BRUTOS Y SALARIOS				
SEGURO SOCIAL & PENSIONES				
ANUALIDAD Y VETERANOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL & PENSIONES				
DHS - ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS				
AUTO-EMPLEO & OTRO				
TOTALES				

Información extra

Zero ingreso / explicación?

Otras notas / comentarios:

Certifico que la información financiera es correcta e incluye todos los ingresos del hogar. También estoy de acuerdo en que, hasta que presente una declaración de impuestos (si corresponde), verificaré los ingresos en cada visita. Sé que las personas autorizadas de BMRHC pueden actualizar los ingresos en cualquier momento que lo soliciten.

Transfer of document/Income Verified: _____
Staff Initials Date

Revised: 6/04/19 Total de Ingreso _____ Grupo de Tarifa Baja _____



**BOSTON
MOUNTAIN**
RURAL HEALTH CENTER, INC.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Preparado por: _____ Fecha: _____

Transfer of document/Income Verified: _____
Staff Initials _____ Date _____

Revised: 6/04/19

Total de Ingreso _____ Grupo de Tarifa Baja _____