



Sliding Fee Discount Program Eligibility Form

Name	Guarantor Relationship	Date of Birth	Annual Income (Gross)	Document Received
Household/Family is all persons physically residing in the same home, who are the legal responsibility of the guarantor.			Income	Household Size
Documentation must be provided by the patient or guarantor to determine eligibility for the Sliding Fee Scale.				
1. I understand that the information I provide on this form is subject to verification by Fair Hill Community Physicians. 2. I understand and agree to adhere to all terms and conditions of the Sliding Fee Discount Program. 3. I hereby attest that this information is true, accurate, and complete to the best of my knowledge, and that I understand that any falsification, omission, or concealment of material fact may subject me to disqualification from the Sliding Fee Discount Program 4. I understand that it is my responsibility to notify Fair Hill Community Physicians of any changes in income or insurance.				
ACCEPTABLE INCOME DOCUMENTATION				
Paycheck stubs SNAP letter W2 or tax forms Company letter stating annual earnings (letter must contain a contact person and phone number) Official letters/documents from Social Security, courts, child supports esc., etc. Verification of income form, completed and signed by the employer				
<input type="checkbox"/> I do not wish to enroll myself in the Sliding Fee Program currently				
_____ Patient/Guardian Signature		_____ Printed Name		_____ Date
_____ Fair Hill Staff Signature		_____ Printed Name		_____ Date
_____ Fair Hill Staff Signature		_____ Printed Name		_____ Date

Para español, vea la página siguiente ---->



Formulario de Elegibilidad para el programa de Descuento Escala Mínima

Nombre	Garante Relación	Fecha de Nacimiento	Ingreso (Bruto)	Documentación Recibida
Hogar / Familia son todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son responsabilidad legal del garante.			Ingreso	Hogar
El paciente ó el garante debe proporcionar la documentación para determinar la elegibilidad para la Escala Mínima.				
1. Entiendo que la información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de Fair Hill Community Physicians. 2. Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento Escala Mínima. 3. Doy fe de que esta información es verdadera, precisa y completa a mi leal entendimiento y comprendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho puede someterme a la descalificación del Programa de Descuento Escala Mínima. 4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Fair Hill Community Physicians de cualquier cambio en los ingresos o el seguro.				
Documentación de Ingresos Aceptables				
TALONES DE PAGO 1099's CARTA DE "SNAP" W2 O DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES CARTA DE LA COMPANIA CON LOS INGRESOS AN UAL (CARTA DEBE TENER NOMBRE DE CONTACTO Y NUMERO DE TELEFONO) CARTA OFICIAL/DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, MAN UTE NCI ON DE MENO RES, ETC. FORMA DE VERIFICACION DE INGRESO COMPLETADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADOR				
<input type="checkbox"/> Actualmente, no deseo inscribirme en el Programa de Escala Mínima				
_____ Firma del paciente / garante		_____ Nombre impreso		_____ Fecha
_____ Fair Hill Staff Signature		_____ Printed Name		_____ Date
_____ Fair Hill Staff Signature		_____ Printed Name		_____ Date