

**KEDREN COMMUNITY CARE CLINIC
DISCOUNTED/SLIDING FEE AND
FAMILY ASSISTANCE PLAN APPLICATION
All Facilities**

It is Kedren Community Care Clinic (KCCC) policy to provide essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered depending upon family income and size. Please complete the following information and return to the front desk to determine if you or members of your family are eligible for a discount.

The discount will apply to all services received at the center but not those services which are purchased from outside, such as reference laboratory testing, drugs, x-ray interpretation by a consulting radiologist, and similar services. In the hope that your economic health improves, discounts apply only to current, not future services. This form must be completed annually and/or if there are any changes. Please inquire at the front desk if you have questions.

*Number of related persons living in your household:

NAME OF HEAD OF HOUSEHOLD:			
	<small>LAST</small>	<small>FIRST</small>	<small>MIDDLE</small>
HEALTH INSURANCE PLAN:		SS#:	
ADDRESS:		CITY:	ZIP:
HOME PHONE:	CELL PHONE:	WORK PHONE:	
EMPLOYER:		OCCUPATION:	

PLEASE LIST SELF, SPOUSE, AND DEPENDENTS UNDER THE AGE OF 18.

NAME	Date of Birth	NAME	Date of Birth
SELF		DEPENDENT #3	
SPOUSE		DEPENDENT #4	
DEPENDENT #1		DEPENDENT #5	
DEPENDENT #2		DEPENDENT #6	

SOURCE	SELF	SPOUSE	OTHER	TOTAL
Gross wages, salaries, tips, etc.				
Social Security, Pension, annuity, and veteran's benefits				
Alimony, child support, military family allotments				
Income from business, self-employment, and dependents				
Rent, interest, dividend, and other income				
TOTAL INCOME				

Note: Include income from all related persons in household and income from all sources including gross wages, tips, social security, disability, pensions, annuities, Veteran's payments, net business or self-employment, alimony, child support, military, unemployment, public aid, and other.

VERIFICATION CHECKLIST (Attach copies)	YES	NO
Identification/Address: Driver's License, Birth Certificate, Employment ID, Social Security Card, or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance card(s)		
Medicaid: Application made or evidence of rejection		

I certify that the family size and income information shown above is correct. Copies of tax returns, pay stubs, and other information verifying income may be required before a discount is approved.

Name (Print): _____

Signature/Date: _____

OFFICE USE ONLY	
Patient Name: _____	Discount: _____
Date of Service: _____	Approved by: _____

KEDREN COMMUNITY CARE CLINIC
SELF-DECLARATION OF INCOME
All Facilities

PATIENT'S NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

Please check and complete the following information:

I, _____, declare that I have been working and receiving cash payments in the amount of \$ _____ per (check one) _____ day; _____ week; _____ bi-weekly; _____ monthly.

Name of Employer: _____

_____ I declare that I have no check stubs or other documentation to prove my earnings.

_____ I declare that I am unemployed and do not have any income at this time.

I understand that any falsification or failure to report any income or changes in income may result in my being ineligible for the sliding fee scale adjustment to my charges for services.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

For staff use only

Witness:

I witness that this patient has no documentation for the proof of income:

Print Name: _____ Date: _____

Signature of Witness _____

**KEDREN COMMUNITY CARE CLINIC
PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO
SOLICITUD DE PLAN DE ASISTENCIA FAMILIAR
All Facilities**

Kedren Community Care Clinic (KCCC) tiene la póliza de proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en KCCC, pero no a los servicios que se proveen fuera de KCCC, como pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, interpretación de rayos X por un radiólogo consultor y servicios similares. Con la esperanza de que su salud económica mejore, los descuentos se aplican solo a los servicios actuales, no a los servicios en el futuro. Este formulario debe completarse anualmente y / o si hay algún cambio. Por favor, pregunte en la recepción si tiene alguna pregunta.

*Número de miembros de su hogar:

Nombre de cabeza de familia:		
Plan De Seguro Médico:		
Dirección:		No. de Seguro Social (SSN):
Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:
EMPLEADOR:		OCUPACIÓN:

Favor de incluirse, su cónyuge, y dependientes menores de 18 años de edad

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
Solicitante		DEPENDIENTE #3	
Cónyuge		DEPENDIENTE #4	
DEPENDIENTE #1		DEPENDIENTE #5	
DEPENDIENTE #2		DEPENDIENTE #6	

Fuente de Ingreso	Solicitante	Cónyuge	Otros	Total
Ingresos brutos, salarios, propinas etc.				
Seguro Social, pensión, anualidad, y beneficios al veterano				
Pensión alimenticia, manutención de los hijos, parcelas familiares militares				
Ingresos del negocio, autoempleo y dependientes.				
Recibos de ingreso de alquiler, interés, dividendo, y otros ingresos				
Ingreso Total				

*Nota: Incluya los ingresos de todas las personas relacionadas en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluyendo ingresos brutos, salarios, propinas, Seguro Social, beneficios de incapacidad, pensiones, anualidades, beneficios de veteranos, negocios o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de hijos, militar, compensación por el desempleo, y ayuda pública.

LISTA DE VERIFICACIÓN (Adjuntar Copias)	Si	No
Identificación / Dirección: Licencia de Conducir, Certificado de Nacimiento, Identificación de Empleo, Tarjeta de Seguro Social		
Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes		
Seguro: Tarjeta (s) de seguro		
Medicaid: Solicitud presentada o evidencia de rechazo.		

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Es posible que se requieran copias de las declaraciones de impuestos, recibos de pago y otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.

Nombre (molde): _____ Firma/Fecha: _____

OFFICE USE ONLY	
Patient Name: _____	Discount: _____
Date of Service: _____	Approved by: _____

KEDREN COMMUNITY CARE CLINIC
DECLARACIÓN DE INGRESOS
All Facilities

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Favor de revisar y completar la siguiente información:

Yo, _____, declaro que he estado trabajando y recibiendo
pagos en efectivo en la cantidad de \$ _____ por (*seleccione uno*) _____ día _____ semana _____ quincena
_____ mes.

Nombre del empleador: _____

_____ Declaro que no tengo talones de cheques u otra documentación para demostrar mis ganancias.

_____ Declaro que estoy desempleado y no tengo ningún ingreso en este momento.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

**Entiendo que cualquier falsificación o falta de informar cambios en los ingresos puede resultar en que
no sea elegible para el ajuste de la escala de descuento.**

Firma: _____ Fecha: _____

For staff use only

Witness:

I witness that this patient has no documentation for the proof of income:

Print Name: _____ Date: _____

Signature of Witness _____