

APPLICATION FOR SLIDING FEE DISCOUNT

Patient Name: _____ Patient Birth Date: _____

How many people are supported by this income? _____

(All persons related by blood, marriage, legal adoption or domestic partnership living under one roof who share income, food and/or rent. Also include dependents away at school. **Please list the people you have included and their income below.**

NAME	SOURCE OF INCOME	EMPLOYER	RELATIONSHIP TO YOU

How much MONTHLY gross income (income before taxes or other deductions or garnishments) in your household comes from:

Wages, Salary & Tips _____	Alimony & Child Support _____	Military Allotments _____
Strike Benefits _____	Net Income Rental Property _____	Allowance/Gifts _____
Unemployment Benefits _____	Public Assistance/Welfare _____	Money Received from others for _____
Self-Employment Income _____	Pensions Benefits _____	Living Expenses _____
Social Security Benefits _____	Workers Compensation _____	
Veterans Benefits _____	Disability Benefits _____	

TOTAL GROSS ANNUAL INCOME (MONTHLY INCOME x 12) \$ _____

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

 If I am unable to provide proof of income due to cash wages, I verify that the amount listed above is true and correct.

To the best of my knowledge, the information given is true & correct. I give HAPPI Health permission to verify information about my financial status.

 Patient Signature

 Parent Signature (if applicable)

 Date

 Staff Signature

To Decline Sliding Fee Discount

I agree that I have been offered the above application to apply for sliding fee discount; however, I am refusing to apply at this time.

 Patient Signature

 Parent Signature (if applicable)

 Date

 Staff Signature

Sliding Fee Discount Program

The sliding fee discount program is a program that is based solely on income and number of dependents in the household. There are four slides that are possible which are slides A, B, C, and D. Slide A is the only slide that offers a flat fee. The other slides require a fee with the possibility of an additional bill. If you cannot provide proof of income at the time of this application, you will have 14 days to return proof of income. **If proof of income is not returned in those 14 days, your application will be rejected, and you will receive a bill for the full fee of services rendered.** If proof of income is provided within 14 days or at time of application, the slide is valid for 1 year.

Slides

- Slide A - \$30 Flat Fee
- Slide B - \$72 Fee with additional bill
- Slide C - \$84 Fee with additional bill
- Slide D - \$96 Fee with additional bill
- Slide E - \$120 Fee with additional bill

Requirements

- Fill out application attached
- Provide Proof of income
- If no income is reported, a document stating how you make ends meet is required and you will have to reapply in 3 months

Income

Also included in the definition of gross income should be deductions commonly taken out of income before it is received by the client:

- | | |
|---|---|
| • Deductions for federal, state and local taxes | • Deductions for union dues |
| • Deductions for social security taxes | • Deductions for health or other benefits |
| • Deductions for L & I tax | • Deductions for contributions (such as United Way) |
| • Deductions for savings bonds or other savings plans | • Garnishment |
| • Deductions for retirement plans and 403(b) plans | |

Sources of support that do not count as income for sliding fee determinations:

- | | |
|--|--|
| • Food, rent or other non-cash items received in lieu of wages | • Student loans or grants received for school-related expenses |
| • Food stamps received | • Earnings of children under 14 |
| • WIC vouchers received | • Inheritance received |
| • HUD or other non-cash rent subsidy | • Tax refunds received |
| • Withdrawal from savings | • Settlements received for injury or legal damages |
| • Money received from sale of personal possessions | • Maturity payments on insurance policies received |
| | • Payments received for providing foster care |

HAPPI recommends using the Sparkman Pharmacy located at the HAPPI Health Urgent Care for any patients on the Sliding Fee Discount Program. Sparkman Pharmacy is committed to working with our patients to give the best discounts for medications.

HAPPI recommends all Medicaid patients to apply for the Sliding Fee Discount Program as this will protect you from running out of visits at the end of the year. If you are pre-enrolled, you will have an affordable way to continue your care.

SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

¿ Cuántas personas son apoyadas por este ingreso? _____

(Todas las personas relacionadas por sangre, matrimonio, adopción legal o pareja domestica que viven bajo un mismo techo y que comparten ingresos, alimentos y / o alquiler. También incluya a los dependientes fuera de la escuela. **Por favor, enumere las personas que ha incluido y sus ingresos a continuación.**

NOMBRE	FUENTE DE INGRESOS	EMPLEADOR	RELACIÓN CON USTED

Cuánto ingreso bruto MENSUAL (ingreso antes de impuestos u otras deducciones o embargos) en su hogar proviene de:

Salarios y propinas _____	Pensión alimenticia y manutención _____	Asignaciones de asignaciones _____
Beneficios de huelga _____	de los hijos _____	militares _____
Beneficios de desempleo _____	Ingreso neto alquiler de propiedad _____	Regalos _____
Ingresos de trabajo por cuenta propia _____	Asistencia pública / Beneficios de bienestar _____	Dinero recibido de otros para gastos de subsistencia _____
Beneficios del Seguro Social _____	Beneficios de compensación de trabajadores _____	
Beneficios veteranos _____	Beneficios por discapacidad _____	

INGRESO BRUTO ANUAL TOTAL (INGRESO MENSUAL x 12) \$ _____

Si su ingreso es de \$0, ¿cómo está satisfaciendo sus necesidades de alimentos, ropa, refugio y transporte?

Si no puedo proporcionar una prueba de ingresos debido a salarios en efectivo, verifico que la cantidad enumerada anteriormente sea verdadera y correcta.

Hasta donde yo sé, la información dada es verdadera y correcta. Le doy permiso a HAPPI Health para verificar la información sobre mi estado financiero.

Firma del paciente

Firma de los padres (si corresponde)

Fecha

Firma del personal

Para rechazar el descuento de la tarifa móvil

Estoy de acuerdo en que me han ofrecido la solicitud anterior para solicitar un descuento de tarifa móvil; sin embargo, me niego a presentar una solicitud en este momento.

Firma del paciente

Firma de los padres (si corresponde)

Fecha

Firma del personal

Programa de descuento de tarifa móvil

El programa de descuento de tarifas móviles es un programa que se basa únicamente en los ingresos y el número de dependientes en el hogar. Hay cuatro diapositivas que son posibles, que son A, B, C y D. La diapositiva A es la única que ofrece una tarifa fija. Las otras diapositivas requieren una tarifa con la posibilidad de una factura adicional. Si no puede proporcionar un comprobante de ingresos en el momento de esta solicitud, tendrá 14 días para devolver el comprobante de ingresos. **Si no se devuelve el comprobante de ingresos en esos 14 días, su solicitud será rechazada y recibirá una factura por la tarifa completa de los servicios prestados.** Si se proporciona un comprobante de ingresos dentro de los 14 días o en el momento de la solicitud, la diapositiva es válida por 1 año.

Diapositivas

- Tarifa fija de \$30
- Tarifa de \$72 con factura adicional
- Tarifa de \$84 con factura adicional
- Tarifa de \$96 con factura adicional
- Tarifa de \$120 con factura adicional

Requisitos

- Llene la solicitud adjunta
- Proporcione prueba de ingresos
- Si no se reportan ingresos, se requiere un documento que indique cómo llega a fin de mes y tendrá que volver a solicitarlo en 3 meses.

Renta

También se incluyen en la definición de ingreso bruto las deducciones que comúnmente se toman de los ingresos antes de que sean recibidos por el cliente:

- | | |
|--|--|
| • Deducciones por impuestos federales, estatales y locales | • Deducciones por cuotas sindicales |
| • Deducciones por impuestos de seguro social | • Deducciones por salud u otros beneficios |
| • Deducciones por impuestos L & I | • Deducciones por contribuciones (como United Way) |
| • Deducciones por bonos de ahorro u otros | • Embargo |
| • Deducciones para planes de jubilación y 403(b) | |

Fuentes de apoyo que no cuentan como ingresos para las determinaciones de tarifas móviles:

- | | |
|--|---|
| • Alimentos, alquileres u otros artículos no monetarios recibidos en lugar de salarios | • Préstamos estudiantiles recibidos para gastos relacionados con la escuela |
| • Cupones de alimentos recibidos | • Ingresos de los niños menores de 14 años |
| • Vales de WIC recibidos | • Herencia recibida |
| • HUD u otro subsidio de alquiler no monetario | • Devoluciones de impuestos recibidas |
| • Retiro de ahorros | • Acuerdos recibidos por lesiones o daños legales |
| • Dinero recibido de la venta de posesiones personales | • Pagos por vencimiento de pólizas de seguro recibidas |
| | • Pagos recibidos por proporcionar cuidado de crianza |

HAPPI recomienda usar la farmacia Sparkman ubicada en HAPPI Health Urgent Care para cualquier paciente en el programa de descuento de tarifa móvil. Sparkman Pharmacy se compromete a trabajar con nuestros pacientes para darles los mejores descuentos para medicamentos. HAPPI recomienda a todos los pacientes de Medicaid que soliciten el Programa de Descuento de Tarifa Móvil, ya que esto lo protegerá de quedarse sin visitas al final del año.