



12100 Valley Blvd. Ste. 109A
El Monte, CA 91732

8825 Whittier Blvd.
Pico Rivera, CA 90660

14550 Haynes Street
Van Nuys, CA 91411

APLICACIÓN DE SLIDING FEE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MRN #: _____

Programa de Descuento y Elegibilidad Sliding Fee

El programa de descuento de Sliding Fee es un programa federal que permite a Southern California Medical Center descontar precios normales para visitas médicas or dentales. Su **elegibilidad** será basada a sus **ingresos y el tamaño de familia**. Para poder calificar para la escala de descuento de Sliding Fee, usted debe proveer prueba válida y correcta de sus ingresos y también una lista de las personas en **30 días antes de la primera visita, o si una siguiente visita ocurre, antes de los 30 días de la fecha**. De otra manera, será responsable de 100% de los cargos. La información debe ser actualizada cada doce (12) meses o después de cualquier cambio en el ingreso o tamaño del hogar. Falsificación de cualquier información resultara en terminación del programa de Sliding Fee y posible separamiento de la práctica médica, pues sería una violación a la Ley Federal. Ver la Policía de SCMC's sobre el programa de Sliding Fee para más detalles sobre formas aceptables para prueba de ingresos y tamaño de familia.

(Favor llenar, firmar este formulario y, proporcionar Prueba de Ingresos)

Determinación de Elegibilidad

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE / GUARDIAN: Por favor complete TODA su información de familia abajo:

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE / GUARDIAN: Por favor complete TODA su información de familia abajo:							For Internal Use, Only	
Nombre	Relacion de Familia	Fecha de Nacimiento	Numero de ID (SSN, DL, etc.)	Ingresos	Frequency W/B/M/Y	Documentación Tipo de Ingreso * (1-5)	Date All Documentation Received	Documentation Received By

La documentación debe ser proveída por el paciente o guardián del paciente para determinar elegibilidad para la escala de Sliding Fee

Entiendo que la información que he proveído en este formulario estará bajo verificación por Southern California Medical Center. Certifico que la información presentada previamente es cierta y correcta a mi mejor entendimiento y entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los términos y condiciones del Programa de Sliding Fee.

Firma de Paciente/ Guardián

Nombre

Fecha

Formas de pruebas aceptables para determinar ingresos incluyen los siguientes:

- 1) Impuestos de Ingresos: Una copia firmada de los impuestos más recientes mostrando el ingreso 'Adjusted Gross'.
- 2) Talones de cheque: 2 o más talones de cheque recientes y consecutivos incando ingresos brutos en los últimos treinta (30) días.
- 3) Papeleo Oficial: Papeleo documentando retiro, discapacidad, o beneficios de SSI.
- 4) Carta del Empleador: Para esos que no reciben un cheque de paga, una carta del empleador del paciente incluyendo los ingresos brutos del empleado y la frecuencia de paga pueden ser aceptada. Información para contactar al empleador debe ser incluida en la carta para poder verificar tal información.
- 5) Declaración Personal: El paciente puede declarar sus ingresos para la visita inicial si prueba de ingresos no están disponibles. Sin embargo, prueba de ingreso es necesario para siguiente visita.



12100 Valley Blvd. Ste. 109A
El Monte, CA 91732

8825 Whittier Blvd.
Pico Rivera, CA 90660

14550 Haynes Street
Van Nuys, CA 91411

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MRN #: _____

..... (Favor de NO escribir bajo de esta linea. SCMC completara.)

Acceptable Income Documentation [Enter (√) if verified and obtained]		Calculated Amount Associated with Documentation		
	1) Most Current Federal Tax return.			
	2) Paycheck stubs (Gross Income) If hours worked and amounts vary an average will be taken for the month)			
	3) Company letter stating annual earnings (Letter must contain a contact person and phone number for contact. -Should be verified by the SCMC Representative.			
	4) Official Letters / Documents from Social Security, Courts, Child Support, VA payment, unemployment payments, welfare checks, workman's compensation checks, etc.			
	5) Self-Declaration (The patient may self-declare his/her income for the initial visit each year if proof of income is unavailable. However, proof of income is required for subsequent visits.)			
Total Income Amount				
Total Number of Family Members Applying for the Sliding Fee Program				
Enter (√) if verified and obtained		Verified and Obtained Information		
	Acceptable identification for each family member listed on Sliding Fee Program Application.			
	All family member('s) name(s) and date(s) of birth listed on Sliding Fee Program Application.			
Poverty Service Class (A) (B) (C) (D) (E)	Medical Slide Nominal / Flat Fee	Dental Slide Nominal / Flat Fee	Slide Effective Date	Slide Termination Date

Signature of SCMC Staff

Printed Name Date

Signature of Supervisor (Required when EE is under training or for QI purposes)

Printed Name Date