

**OPEN DOOR COMMUNITY HEALTH CENTERS  
ELIGIBILITY FOR SLIDING FEE SCALE CO-PAYMENT**

NOMBRE	MRN # <span style="float:right; font-size: small;">Office Use Only</span>
--------	---

**Se usa este formulario para determinar si usted es elegible para un descuento en los cargos por servicios médicos.** Debe llenar esta forma para poder recibir el descuento.

**Debe apuntar los miembros de la familia y reportar todos los ingresos en la lista abajo.** Esto incluye:

- ◆ Salario de empleo
- ◆ Otras ganancias del empleo, como propinas o comisiones
- ◆ Ganancias de su propio negocio
- ◆ Manutención de menores, manutención conyugal, o pensión alimenticia
- ◆ Cualquier otra entrada de dinero que recibe
- ◆ Otro tipo de pensión
- ◆ Seguro Social
- ◆ Discapacidad
- ◆ Desempleo

**Reservamos el derecho de pedir evidencia de sus ingresos** en la forma de talones de cheque, regreso de impuestos y otros documentos para poder calificar para los descuentos.

**Indique abajo todos los miembros de su familia que viven en su hogar y que dependen del ingreso familiar para su sostenimiento.** Una vez que esta forma está completa, cada miembro de su familia que tenga cuenta con Open Door Health Centers será elegible para el descuento.

MIEMBROS de la FAMILIA NOMBRE	FECHA NAC.	FUENTE DE INGRESO	INGRESO MENSUAL Antes de impuestos	OFFICE USE ODCHC Account #s	Entered by
Usted					
TOTAL Tamaño de la Familia		TOTAL Ingreso Familiar			

Si usted reporta que no tiene ingresos, debe describir como se mantiene y la situación en que vive:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Rehúso (Comprendo que al poner mis iniciales no soy elegible para ningún descuento o programa.)

**Declaro bajo pena de perjurio, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si doy información falsa, es posible que no sea elegible para el descuento.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY/ SITE** \_\_\_\_\_

Income Verified\*:  Yes (Expires 365days)  No (≤200% FPL-Expires 30days)  No (>200% FPL- Expires 365days)

Notified Patient about eligibility screening and application assistance through Open Door Member Services:  Yes

This applicant is:  Eligible for Discount of:  A Scale  B Scale  C Scale  D Scale  \$0 Co-pay\*\*  
 Not Eligible for Sliding Scale Discount

Termination date: \_\_\_\_\_ \*\*\$0 co-pay requires re-certification by Office Supervisor at each visit and cannot be applied to family members.

Certified by:  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Routing Instructions: *Receptionist:* Document eligibility for each family member for each account type in PMS. Enter date eligibility begins (the certification date on this sheet) for each eligible account. *Medical Records:* Scan form into record.  
\*ROUTE TO MEMBER SERVICES for follow-up assistance: 1) any form for patient eligible for SFS≤200% and not yet verified; and/or  
2) Any form for patient with no primary coverage (or no coverage other than SFS).

Open Door Community Health Centers  
**LIVING ENVIRONMENT**

Open Door Community Health Centers se basa en subsidios y fondos federales para proveerle a usted los mejores servicios posibles. Para conseguir estos fondos debemos dar a los otorgantes de fondos los porcentajes de las personas que utilizan nuestros servicios en las siguientes áreas: raza del paciente, ingreso del paciente y si tiene o no tiene un hogar donde vivir.

Por favor ayúdanos a recibir la financiación eligiendo la opción que mejor describa su caso:

<b>Donde vive (Marque solamente uno)</b>	<b>ejemplos</b>	<b>For Office Use Only</b>
<b>Cualquier niño que este en una de las condiciones de vida enumeradas a continuación</b>		<i>Child at risk for homelessness</i>
<b>Cualquier veterano que este en una de las condiciones de vida enumeradas a continuación</b>		<i>Veteran at risk for homelessness</i>
<b>Refugio de emergencia</b>	Refugio para personas sin casa, refugio para víctimas de violencia doméstica	<i>Living Shelter</i>
<b>Sin hogar</b>	Calle, puentes, automóvil, edificio vacío, tienda de campaña, en el bosque	<i>Street, camp bridge</i>
<b>Viviendo con alguien mas</b>	Familia, amigos, conocidos, de sofá en sofá, "couch surfing"	<i>Living with others</i>
<b>Lugares donde viven transeúntes</b>	Hospital, cárcel, motel, servicios de cuidado temporales, programa de tratamiento	<i>At risk for homeless</i>
<b>Vivienda temporal</b>	Arcata House, casa temporal	<i>Transitional housing</i>
<b>Con hogar (en los últimos 6 meses)</b>	En los últimos 6 meses: Casa, Apartamento, condominio, casa tipo townhouse	<i>Currently not homeless, was in the last 12 months</i>
<b>Con Hogar</b>	Casa, apartamento, condominio, casa tipo townhouse	<i>Not homeless</i>
<b>Otro</b>		<i>homeless, unknown shelter</i>

**DO NOT SCAN**