



## Sliding Fee Discount Program Eligibility Form

Name	Guarantor Relationship	Date of Birth	Income (Gross)	Frequency (Weekly, Bi-Weekly, Hourly, Monthly or Yearly)	For Internal Use Only	
					Date all Documentation Received	Document Received
	SELF					
TOTAL NUMBER OF FAMILY MEMBERS APPLYING FOR THE SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM					Income	Household

*\*Family Unit is defined as the number contributing to and/or dependent upon the household income.\**

**\*\*Documentation must be provided by the patient or guarantor to determine eligibility for Sliding Fee Scale\*\***

1. I understand that the information I provide on this form is subject to verification by Goshen Medical Center.
2. I understand and agree to adhere to all terms and conditions of the Sliding Fee Discount Program.
3. I do hereby attest that this information is true, accurate, and complete to the best of my knowledge and I understand that any falsification, omission, or concealment of material fact may subject me to disqualification from the Sliding Scale Discount Program.
4. I understand that it is my responsibility to notify Goshen Medical Center of any changes in income or insurance.

_____ <b>PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE</b>	_____ <b>PRINTED NAME</b>	_____ <b>DATE</b>
--	------------------------------	----------------------

### ACCEPTABLE INCOME DOCUMENTATION

**\*\*\*At least one of the following documents\*\*\***

- \*CURRENT FEDERAL TAX RETURN
- \*ONE MONTH OF PAY CHECK STUBS
- \*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

_____ <b>GOSHEN STAFF SIGNATURE</b>	_____ <b>PRINTED NAME</b>	_____ <b>DATE</b>
--	------------------------------	----------------------

_____ <b>GOSHEN STAFF SIGNATURE</b>	_____ <b>PRINTED NAME</b>	_____ <b>DATE</b>
--	------------------------------	----------------------



## Forma de Elegibilidad Para Programa De Descuento Escala Minima

Nombre	Relación Garante	Fecha de Nacimiento	Ingresos (bruto)	Frecuencia (Semanal, Quincenal, por Hora, Mensual o Anual)	Sólo Para Uso Interno	
					Date all Documentation Received	Document Received
	Yo					
NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE APLICA PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO ESCALA MINIMA					Ingresos	Casa
*Unidad familiar se define como el número de contribuidores y / o dependientes de los ingresos del hogar . *						
<b>**La documentación debe ser proporcionada por el paciente o garante para determinar la elegibilidad para la Escala Minima**</b>						
1. Entiendo que la información que proporciono en este formulario está sujeto a verificación por Goshen Medical Center. 2. Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento de la Escala Minima. 3. Por la presente declaro que esta información es verdadera , exacta y completa a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho material, me expone a la descalificación del Programa de Descuento Escala Minima. 4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Goshen Medical Center de cualquier cambio en los ingresos o de seguros medicos						
FIRMA PACIENTE/TUTOR			NOMBRE IMPRESO		FECHA	
<b>DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS ACEPTABLE</b>						
<i>Al menos uno de los siguientes documentos***</i>						
*ACTUAL DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES						
*UN MES DE PAGO TALONES DE CHEQUES						
*CARTA DE EMPRESA QUE DEMUESTRE GANANCIAS ANUALES (CARTA DEBE CONTENER NOMBRE DEL CONTACTO Y NÚMERO DE TELÉFONO)						
*CARTAS OFICIALES / DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, MANUTENCIÓN , ESC , ETC						
*VERIFICACION CARTA DE INGRESOS COMPLETADA Y FIRMADA POR EMPLEADOR						
GOSHEN STAFF SIGNATURE			PRINTED NAME		DATE	
GOSHEN STAFF SIGNATURE			PRINTED NAME		DATE	