SLF _____

SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM ELIGIBILITY FORM

Name	Guarantor Relationship	Date of Birth	Income (Gross)	Frequency (Weekly, Bi-Weekly, Hourly, Monthly or Yearly)	Date all Documentation Received	Document Received

Household/Family is all persons physically residing in the same home who are the legal responsibility of the guarantor	Income	Household

Documentation must be provided by the patent 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 herby attest that this information is true, accurate, and complete to the best of my knowledge and that 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 responsibly to notify Goshen Medical Center of any changes in income or insurance.

ACCEPTABLE INCOME DOCUMENTATION

PAYCHECK STUBS
1099'S
W2 OR TAX FORMS
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

☐ I do not wish to enroll myself in the Sliding Fee Program currently.

_____ _____
PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE PRINTED NAME DATE

_____ _____
GOSHEN STAFF SIGNATURE PRINTED NAME DATE

_____ _____
GOSHEN STAFF SIGNATURE PRINTED NAME DATE

SLF _____

Formulario de Elegibilidad para el programa de Descuento Escala Mínima

Nombre	Garante Relación	Fecha de Nacimiento	Ingreso (Bruto)	Frecuencia (Semanal, Quincenal, Por Hora, Mensual o Anual)	Feche toda Documentación Recibida	Documentación Recibida

Hogar / Familia son todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son responsabilidad legal del garante.	Ingreso	Hogar

El paciente ó el garante debe proporcionar la documentación para determinar la elegibilidad para la Escala Mínima

1. Entiendo que la información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de Goshen Medical Center.
2. Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento Escala Mínima.
3. Doy fe de que esta información es verdadera, precisa y completa a mi leal entendimiento y comprendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho puede someterme a la descalificación del Programa de Descuento Escala Mínima.
4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Goshen Medical Center de cualquier cambio en los ingresos o el seguro.

Documentación de Ingresos Aceptables

TALONES DE PAGO
1099'S
W2 O DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES
CARTA DE LA COMPANIA CON LOS INGRESOS ANUAL (CARTA DEBE TENER NOMBRE DE CONTACTO Y NUMERO DE TELEFONO)
CARTA OFFICIAL/DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, MANUTENCION DE MENORES, ETC.
FORMA DE VERIFICACION DE INGRESO COMPLETADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADOR

☐ Actualmente, no deseo inscribirme en el Programa de Escala Mínima

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE NOMBRE IMPRESO FECHA

_____ _____

GOSHEN STAFF SIGNATURE PRINTED NAME DATE

_____ _____

GOSHEN STAFF SIGNATURE PRINTED NAME DATE