



GREATER BADEN MEDICAL SERVICES, INC.
Sliding Scale Fee Application
**Aplicación de la Escala
de Pago**

Patient's Name: _____ **SS#:** _____

Nombre del paciente

Name of Responsible Party: _____ **SS#:** _____

Nombre de la persona responsable

Address: _____
Dirección _____ Street/Calle _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

List all household members (include responsible party):

Haga una lista de todos los miembros de la familia (incluyendo la persona responsable):

Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:

List Sources of Income Other Than Employment Wages/Haga una lista de fuentes de salarios sin incluir el sueldo:

Examples of Required Additional Income Sources-Self-Employed, Disability, Social Services, Stocks, Pensions, etc./Ejemplos de recursos adicionales al salario - Trabajo propio, Incapacidad, Seguro Social, Manutención de niño, Fondos Depositados, Servicios Social, Acciones, Pensiones, etc.



GREATER BADEN MEDICAL SERVICES

Primary and Preventive Health Care

Other information/Otra información:

I certify that all the above information is true and complete to the best of my knowledge with the understanding that any false or incomplete statement of family size and/or financial information may result in loss of eligibility for all household members listed. Explanation was provided to me by a Greater Baden Medical Services staff member regarding the sliding fee procedure and I fully understand my financial obligation of medical services and/or testing until written verification is provided for each household member listed. Written verification for each source of income is required to qualify. Acceptable forms of written verification are listed below.

I further understand that I have 10 business days to bring in written verification of income or I will be responsible for paying the full customary fee. If I qualify for the sliding fee, it will remain in effect for 1 year unless my family income changes.

Yo certifico que toda la información que esta en este documento es verdadera y completa en lo mejor de mi conocimiento con el entendimiento de que cualquier información que sea falsa o incompleta en relación a el tamaño de la familia y/o la información financiera puede resultar en no ser elegible para todos los miembros de la familia que esta en la lista.

Un empleado de Greater Baden Medical Services me explicó el procedimiento con respecto a la escala de pago y entiendo completamente mi obligación financiera por los servicios médicos y/o los análisis hasta que se obtenga verificación escrita de cada miembro de la familia que esta en la lista. Verificación escrita por cada fuente de salario es requerida para calificar.

En la lista de abajo se encuentra formas aceptables de verificación.

Además entiendo que tengo 10 días hábiles para traer por escrito la verificación de salario o seré responsable de pagar por completo la cuenta. Si califico para la escala de pago, esta permanecerá en efecto por 1 año a menos que el salario de la familia cambie.

Applicant's Signature
Firma del Apicante

Date
Día

Witness
Firma del testigo

Date
Día

Acceptable Forms of Written Verification/Formas escritas aceptables para verificación:

**2-4 Current Paycheck
Disability Income
Retirement/Pension**

**Federal Tax Return
Alimony Document
Social Service Denial
Financial Letter on Company Letterhead from Employer**

**Self-Employed Tax
Child Support
Trust Fund/Stock**

2-4 Talones de pago del sueldo
Ingreso de Discapacidad
Retiro/Pensión

Retorno de impuesto federal
Documento de pensión alimenticia
Rechazamiento de servicios
Carta financiera con el membrete de la compañía empleadora

Retorno de impuesto de trabajo
Manutención de niño
Fuentes de acciones/Depósitos

GBMS Staff Use Only:

Patient Refused to Fill Out Application:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Total Number of Household Members:	
Total Income of Family Unit:	
Fee Assigned to Patient:	
Eligible:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sliding Fee Assigned to Patient::	<input type="checkbox"/> Sliding Fee A <input type="checkbox"/> Sliding Fee B
Date Sliding Scale Expires:	
Patient or Responsible Party Received Copy:	
Staff Signature:	Date:

PLEASE PROVIDE A COPY OF THIS PAGE TO THE APPLICANT. POR FAVOR PROVEER UNA COPIA DE ESTA



PAGINA AL APPLICANTE.