



**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):

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

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

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

**Federal Tax Return** (January 1-March 1)  
**Alimony Document**  
**Social Service Denial**

**Self-Employed Tax Return**  
**Child Support Document**  
**Trust Fund/Stock Income**

**Financial Letter on Company Letterhead from Employer**

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

Retorno de impuesto federal (1 de enero al 1 de marzo)  
 Documento de pensión alimenticia Rechazamiento  
 de servicios sociales  
 Carta financiera con el membrete de la compañía empleadora

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

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 Aplicante

\_\_\_\_\_  
 Date  
 Día

\_\_\_\_\_  
 Witness  
 Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
 Date  
 Día

**GBMS Staff Use Only:** Patient referred to MD Health Connections Yes No

<b>Medical Sliding Fee and Dental Discount (Expires 1 year)</b>			
Total Number of Household Members:			
Total Annual Income of Family Unit:			
Eligible Sliding Scale <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Sliding Scale Assigned to Patient <input type="checkbox"/> GBMS Sliding <input type="checkbox"/> Title X Exp. Date:			
Title X: <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$25 <input type="checkbox"/> \$30			
Sliding Fee Scale: <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$25 <input type="checkbox"/> \$30			
Dental Discount <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Discount is 75% of the customary fee			
<b>RW Sliding Scale (Expires 6 months)</b>			
RW Fee Assigned to Patient: <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$25 <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40			
<input type="checkbox"/> RW Dental Oral Exam: <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$20 <input type="checkbox"/> \$25 <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$35 <input type="checkbox"/> \$40			
<input type="checkbox"/> RW Dental Procedure: <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$50 <input type="checkbox"/> \$60 <input type="checkbox"/> \$70 <input type="checkbox"/> \$80			
<b>Staff Member Signatures</b>			
Staff Signature:		Date:	
Entered in registration by:		Date:	

**PLEASE COPY THIS PAGE FOR THE PATIENT.**

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