



**Nevada Health Centers, Inc.
SLIDING FEE APPLICATION**

PATIENT INFORMATION	
Patient Name:	Date of Birth:
Address:	City, State, Zip:
Email:	Phone Number:
How long have you lived at your current address?	Are you homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Are you currently employed? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Are you eligible for TANF or SNAP? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Have you ever applied for the following: <input type="checkbox"/> Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Women's Health Connection <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Access to Healthcare <input type="checkbox"/> Other health insurance	
Has your family size or financial situation changed in the previous 12 months? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
If so, describe:	

HEAD OF HOUSEHOLD / GUARANTOR INFORMATION AND DOCUMENTATION	
Name of person paying the bill (guarantor):	
Address:	City, State, Zip:
Annual Gross Income:	

HOUSEHOLD MEMBERS			
Family Member Name	Relation	Date of Birth	Family Member Documents

I hereby certify that the above information is, to the best of my knowledge, true and correct. I further agree to notify Nevada Health Centers of any changes in this information within thirty (30) days of such change. I understand that I must re-qualify annually to maintain my eligibility. I am also aware that this information is reviewed and based upon Federal Poverty Guidelines, published annually by the Federal Government. Sliding Fee payment is due and payable at every visit. Payments made for laboratory ordered by your provider is not included in your slide payment.

Patient Signature: _____ Date: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

Name and Title: _____



**Nevada Health Centers, Inc.
 APLICACIÓN DE TARIFA FLEXIBLE**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
Email:	Número de teléfono:
¿Cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual?	¿Se encuentra sin un lugar donde vivir? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Al momento, tiene trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Es usted elegible para TANF o SNAP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha aplicado para lo que sigue a continuación?:	<input type="checkbox"/> Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Women's Health Connection <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Access to Healthcare <input type="checkbox"/> Otro seguro de salud
¿En los últimos 12 meses ha cambiado el número de miembros en su familia o su situación financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si respondió que sí, describa:	

JEFE DE HOGAR / INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre de la persona que paga las cuentas (responsable):	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
Ingreso anual bruto:	

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre del miembro familiar	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Documentos del miembro familiar

Certifico que la información entregada anteriormente es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta. Además, acuerdo notificar a Nevada Health Centers de cualquier cambio en esta información dentro de treinta (30) días de tales cambios. Entiendo que debo repetir el proceso de calificación anualmente para mantener mi elegibilidad. También estoy en conocimiento de que esta información se revisa y se basa en las pautas federales del umbral de pobreza publicadas anualmente por el gobierno federal. La tarifa flexible debe pagarse y se vence en cada cita. Los pagos por los servicios de laboratorio ordenados por el proveedor del cuidado de la salud no se incluyen en el pago de tarifa flexible.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre y título: _____