



**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.
SOLICITUD DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
Correo electrónico:	Teléfono:
¿Cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual?	¿No tiene casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene empleo actualmente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Es elegible para TANF o SNAP? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha enviado una solicitud para? <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 médico	
¿Ha cambiado el tamaño de su familia o su situación financiera en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si es así, describa:	

INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL JEFE DEL GRUPO FAMILIAR / GARANTE

Nombre de la persona que paga la factura (garante):	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
Ingresos anuales brutos:	

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre del familiar	Relación	Fecha de nacimiento	Documentos del familiar

Por este medio certifico que la información anterior es, según mi conocimiento, verdadera y correcta. Además, acepto notificar a Nevada Health Centers si hay algún cambio en esta información en los treinta (30) días después de que ocurra. Entiendo que debo volver a calificar anualmente para mantener mi elegibilidad. También estoy consciente de que esta información se revisa y se basa en las Directrices federales de pobreza que publica anualmente el gobierno federal. El pago de la tarifa variable se debe hacer en cada visita. Los pagos por los servicios de laboratorio ordenados por su proveedor no están incluidos en su pago de tarifa variable.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre y título: _____