

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? ☐ YES ☐ NO
Are you currently employed? ☐ YES ☐ NO	Are you eligible for TANF or SNAP? ☐ YES ☐ NO
Have you ever applied for the following: ☐ Nevada Medicaid ☐ WIC ☐ Women's Health Connection ☐ Nevada Check Up ☐ Access to Healthcare ☐ Other health insurance	
Has your family size or financial situation changed in the previous 12 months? ☐ YES ☐ 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? ☐ SÍ ☐ NO
¿Tiene empleo actualmente? ☐ SÍ ☐ NO	¿Es elegible para TANF o SNAP? ☐ SÍ ☐ NO
¿Alguna vez ha enviado una solicitud para? ☐ Nevada Medicaid ☐ WIC ☐ Women's Health Connection ☐ Nevada Check Up ☐ Access to Healthcare ☐ Otro seguro médico	
¿Ha cambiado el tamaño de su familia o su situación financiera en los últimos 12 meses? ☐ SÍ ☐ 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: _____