



COMMUNITY
HEALTH PARTNERS

REAL PEOPLE. REMARKABLE HEALTHCARE.
112 W Lewis St, Livingston, MT 59047

Elegibilidad de Cuota con Descuento

Su ingreso familiar debe ser renovado:

- Cada 3 meses si no tiene documentación por que no tienen empleo/casa.
- Cada 12 meses si su documentación **no** son sus impuestos personales.
- Hasta Noviembre 1st del próximo año si presenta la pág. 1 de sus impuestos más recientes.

Total numero de miembros en su hogar con quien comparte gastos, incluyendo usted, esposo(a), pareja, otros miembros de su familia, y todos sus dependientes y menores. _____

	Nombre Legal	Empleado?	Masculino Femenino	Fecha de Nacimiento	Paciente de CHP	Relación
1		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	Usted
2		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
3		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
4		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
5		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	

Enliste los miembros en su hogar que están trabajando, incluyendo esposos, parejas, y niños mayores de 18 años.

Nombre	Empleador	Ingreso Bruto Mensual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otros ingresos mensuales (Incluyendo beneficios de SSI para menores, TANF, SS beneficios por muerte):

Seguro Social \$ _____	Compensación del trabajador/Incapacidad \$ _____	Otros Ingresos \$ _____
Veteranos \$ _____	Manutención Infantil/pensión alimenticia \$ _____	Estoy desempleado _____
Desempleo \$ _____	Intereses/Ingreso de Dividendo \$ _____	No tengo ingreso _____
TANF \$ _____	Auto-empleado \$ _____	

Usted paga pensión alimenticia y/o manutención infantil? _____ Si presenta documentos, reduciremos esto de su ingreso cuando estemos calculando su escala para descuento.

Toda la información en esta forma es cierta en este momento. Si doy información falsa puedo ser perseguido bajo las leyes estatales y federales. Me comprometo a reportar cualquier cambio dentro de los siguientes 30 días del cambio.

Firma

Fecha

Dirección— calle, No. o P.O. box, Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono

Por favor complete la forma, incluya toda verificación de ingresos y regrese a la clínica dentro de 30 días de su visita

Para el uso de oficina:

Weekly

Total of all checks:

\$ _____ Divide by 3=

\$ _____ x 52

\$ _____ yearly total

Bi-monthly (paid twice per month – set days)

Total of all checks:

\$ _____ Divide by 3=

\$ _____ x 24 =

\$ _____ yearly total

Yearly (gross)

\$ _____

for SSI/Retirement/SS \$ x 12 =

\$ _____ yearly total

Bi-weekly (paid every 2 weeks)

Total of all checks:

\$ _____ Divide by 3=

\$ _____ x 26 =

\$ _____ yearly total

Self Statement Gross Monthly Income

\$ _____ x 12

\$ _____ yearly total

Slide: _____

Start Date: _____

End Date: _____

Tax Returns:

For sliding fee applications we only accept individual tax returns which will normally be Form 1040											
For Tax Years 2020 and 2021, please request page 1.											
			Tax Year 2020 (exp 11/1/22)						Tax Year 2021 (exp 11/1/23)		
Adjusted Gross Income			\$ _____						\$ _____		
			Page 1, Line 11						Page 1, Line 11		
Plus Untaxed Social Security			\$ _____						\$ _____		
			Page 1: 6a minus 6b						Page 1: 6a minus 6b		
Plus Yearly amounts of (per month x 12):											
			\$ _____			Child Support			\$ _____		
			\$ _____			VA Disability			\$ _____		
			\$ _____			Workers Comp Income			\$ _____		
			\$ _____			TANF			\$ _____		
			\$ _____			= Total Yearly Income			\$ _____		

Calculation of Household Income:											
Total yearly income			\$ _____						\$ _____		
Less Annual Child Support Paid			\$ _____			(3 payments documented)			\$ _____		
Less Annual Alimony Paid			\$ _____			(3 payments documented)			\$ _____		
(if tax return not provided)											
Annual Household Income			\$ _____						\$ _____		

Entered into F/P: ____/____/____ Initials: _____

Entered into All Family Members Initials: _____

Entered into Dental Guarantor Initials: _____

Double Checked: Math F/P Family Dental Initials: _____

SCAN: E Label
Doc Desc: CHP Sliding Scale

