



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 2019 and 2020, please request page 1.							
		Tax Year 2019 (exp 11/1/21)				Tax Year 2020 (exp 11/1/22)	
Adjusted Gross Income		\$ _____				\$ _____	
		Page 1, Line 8b				Page 1, Line 11	
Plus Untaxed Social Security		\$ _____				\$ _____	
		Page 1: 5a minus 5b				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



B u s O f f i c e D o c