



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?	Masculio Femenino	Fecha de Nacimiento	Paciente de CHP	Relación
1		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usted
2		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
5		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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:

<p>Weekly: Total of all checks: \$ _____ Divide by 3= \$ _____ x 52 \$ _____ yearly total</p>	<p>Bi-monthly (pd twice/month on set days): Total of all checks: \$ _____ Divide by 3= \$ _____ x 24 \$ _____ yearly total</p>	<p>Yearly (gross) \$ _____</p> <p>SSI/Retirement: Gross before Medicare Deduction: Gross/month x 12 \$ _____</p>
<p>Bi-Weekly (pd every 2 weeks): \$ _____ Divide by 3= \$ _____ x 26 \$ _____ yearly total</p>	<p>Self Statement of Gross Monthly Income: \$ _____ x 12 \$ _____ yearly total</p>	<p>Slide: _____ Start Date: _____ End Date: _____</p>

Tax Returns:
For sliding fee applications we only accept individual tax returns which will normally be **Form 1040**
For Tax Year 2018, request pages 1 and 2. For Tax Year 2019, we will only need Page 1.


	Tax Year 2018	Tax Year 2019
Adjusted Gross Income	\$ _____ Page 2, Line 7	\$ _____ Page 1, Line 8b
Plus Untaxed Social Security	\$ _____ Page 2: 5a minus 5b	\$ _____ Page 1, 5a minus 5b
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 (if tax return not provided)	\$ _____	(3 payments documented) \$ _____
Annual Household Income	\$ _____	\$ _____

Entered into EPM: ___/___/___ Initials: _____

Double Check Initials: _____


 B u s O f f i c e D o c
 SCAN: E Label
 Doc Desc: CHP Sliding Scale