



Application for Sliding-Fee Discount and Homeless Healthcare Program

Phone: (802) 264-8124

Fax: (802) 860-4311

www.chcb.org

<p>1. Applicant</p> <p>Name (Last) _____ (First) _____ (MI) _____</p> <p>Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____</p> <p>Phone Number _____ Date of Birth _____ SS# _____</p> <p>Single _____ Married _____ Divorced _____ Separated _____ Widowed _____</p>																									
<p>2. Household Members (<i>Spouse/Dependent Children/Relatives</i>)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Name</th> <th style="width: 30%;">Relationship</th> <th style="width: 20%;">Birth Date</th> <th style="width: 20%;">Social Security #</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Name	Relationship	Birth Date	Social Security #	1. _____				2. _____				3. _____				4. _____				5. _____			
Name	Relationship	Birth Date	Social Security #																						
1. _____																									
2. _____																									
3. _____																									
4. _____																									
5. _____																									
<p>3. Are you a College/University student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Can you be claimed as a dependent on someone else's tax return? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(If yes, additional income verification is required)</i></p> <p>Are you in the United States on a non-immigrant visa such as, student, tourist or governmental delegation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Are you homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, please describe: _____</p> <p>Where are you staying? _____</p> <p>How long will you be staying there? _____</p> <p>Are you aware of homeless services in our community? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																									
<p>4. Total Family Income (Anyone on your income tax return)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 60%;">Income Calculation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Household Members</td> <td>Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td>From Sections 1 & 2 _____</td> <td>Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td>Total Annual Income \$ _____</td> <td>(Specify type) _____</td> </tr> </tbody> </table>			Income Calculation	Total Household Members	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____	From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____		Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____	Total Annual Income \$ _____	(Specify type) _____														
	Income Calculation																								
Total Household Members	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____																								
From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____																								
	Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____																								
Total Annual Income \$ _____	(Specify type) _____																								
<p>5. Insurance</p> <p>Do you or your spouse have dental insurance coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>Do you or your spouse have health insurance benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>If yes, is it a Vermont Health Connect Policy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Insured - Insurance Provider:</p> <p><input type="checkbox"/> Uninsured</p> <p><input type="checkbox"/> Filled out State Insurance Application (Green Mountain Care)</p> <p><input type="checkbox"/> Application pending/Called GMC with patient to check application status</p>																									

Do you have a medical and dental provider?

Yes Medical Provider Name: _____

No Medical Provider

Yes Dental Provider Name: _____

No Dental Provider

Are you interested receiving information about any of the following community services?

Medical

Dental

Counseling

Food Shelf

Housing

Would you like us to connect you with services today? Yes No

6. Signature

By signing below I give permission to the Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) to share this document and any attachments thereto with University of Vermont Medical Center (UVMCC) for the purposes of enrollment in its sliding fee schedule. I understand this sharing of information may decrease any out-of-pocket cost to me for services ordered at CHCB but performed at UVMCC (e.g. laboratory testing). I also understand that I may revoke this permission if CHCB has not yet acted in reliance on it by writing 'do not share with UVMCC next to my signature and that signing this document is not a condition of receiving treatment at CHCB or UVMCC.

To the best of my knowledge, the above information is true and correct. I agree to inform the Center of any changes in my employment, financial status or housing. If the above information proves to be incorrect, I understand that the discount provided to me will be terminated. (I also give permission for the Health Center staff to contact my employer or any other source to verify income.)

It is expected that all patients will be forthright and honest about their medical coverage and financial information. Intentional omission or falsification of identity, financial, or demographic information is fraud and may result in dismissal from the practice for up to one year. In the event of falsification, the patient will be responsible for the full payment of services.

Signature of Applicant

Date

FOR CENTER USE ONLY

Auth. Initials _____ Slide Level _____ Approval/Denial Date _____ Renewal Date _____

Revised 12.6.17 CRD

<p>1. مقدم الطلب</p> <p>الاسم (الأخير) _____ (الأول) _____ (حرف الاسم الأوسط) _____</p> <p>الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____</p> <p>رقم الهاتف _____ تاريخ الميلاد _____ رقم الضمان الاجتماعي _____</p> <p>عازب _____ متزوج _____ مطلق _____ منفصل _____ أرمل _____</p>																									
<p>2. أفراد الأسرة (الزوج/الأطفال المعالون/الأقارب)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>الاسم</th> <th>صلة القرابة</th> <th>تاريخ الميلاد</th> <th>رقم الضمان الاجتماعي</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		الاسم	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
الاسم	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي																						
_____	_____	_____	_____																						
_____	_____	_____	_____																						
_____	_____	_____	_____																						
_____	_____	_____	_____																						
_____	_____	_____	_____																						
<p>3. هل أنت طالب في كلية/جامعة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل يمكن إدراجك كعضو على الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (إذا كانت الإجابة نعم، ينبغي تقديم إثبات دخل إضافي)</p> <p>هل أنت في الولايات المتحدة بفيزا لغير المهاجرين كطالب أو سائح أو موفد حكومي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل أنت مشرد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____</p> <p>أين تقيم؟ _____</p> <p>إلى متى ستظل هناك؟ _____</p> <p>هل أنت على دراية بخدمات المشردين في مجتمعنا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>																									
<p>4. إجمالي دخل الأسرة (أي شخص مدرج على إقرار دخلك الضريبي)</p> <p>إجمالي عدد أفراد الأسرة من الأقسام 1 و 2 _____</p> <p>إجمالي الدخل السنوي \$ _____</p>	<p>حساب الدخل</p> <p>أجور/مرتبات \$ _____ لكل \$ _____ =</p> <p>التوظيف الذاتي \$ _____ لكل \$ _____ =</p> <p>غير مكتسب \$ _____ لكل \$ _____ =</p> <p>(حدد النوع)</p>																								
<p>5. التأمين</p> <p>هل لديك أنت أو زوجك تغطية تأمين أسنان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا شركة _____</p> <p>هل لديك أنت أو زوجك فوائد تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا شركة _____</p> <p>إذا كانت الإجابة نعم، هل هي بوليصة Vermont Health Connect؟ <input type="checkbox"/> مؤمن - مزود التأمين <input type="checkbox"/> غير مؤمن</p> <p>قدمت طلبًا لتأمين الولاية (Green Mountain Care) <input type="checkbox"/></p> <p>طلب قيد النظر/اتصلت بـ GMC مع مريض لفحص حالة الطلب <input type="checkbox"/></p>																									

هل لديك مزود طبي ومزود أسنان؟

نعم اسم المزود الطبي: _____
 لا يوجد مزود طبي
 نعم اسم مزود الأسنان: _____
 لا يوجد مزود أسنان

هل أنت مهتم بتلقي معلومات حول أي من الخدمات المجتمعية التالية؟

الطبية
 الأسنان
 الاستشارة
 بنك الطعام
 الإسكان

هل تود منا توصيلك بالخدمات اليوم؟ نعم لا

6. التوقيع

بالتوقيع أدناه، فإنني أُمْنَحُ الإذن لشركة مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) بمشاركة هذه الوثيقة وأي ملحقات مرفقة بها مع المركز الطبي لجامعة فيرمونت (UVMMMC) لأغراض المشاركة في هيكل الأجور المتعدنية الخاص بها. وأنا أفهم أن مشاركة المعلومات هذه قد تخفف أي تكاليف شخصية تقع علي مقابل الخدمات المطلوبة في CHCB ولكنها مؤداة في UVMMMC (مثل الفحوص المخبرية). كما أنني أفهم أن بإمكانني إلغاء هذا الإذن في حال لم تكن CHCB قد تصرف بناءً عليه، وذلك بكتابة "do not share with UVMMMC" قرب توقيعِي، وأن توقيعِي هذه الوثيقة لا يمثل شرطاً لتلقي العلاج في CHCB أو UVMMMC.

على أفضل علمي، فإن المعلومات أعلاه حقيقية وصحيحة. وأنا أوافق على إبلاغ المركز بأي تغييرات في توظيفي أو حالتي المالية أو سكني. إذا ثبت عدم صحة المعلومات أعلاه، فأنا أفهم أنه سيتم إنهاء التخفيض المزود لي. (كما أنني أُمْنَحُ الإذن لطاقم المركز الصحي بالاتصال برب عملي أو أي مصدر آخر للتحقق من الدخل).

من المتوقع أن يكون كل المرضى مباشرين وصريحين حول تغطيتهم الطبية ومعلوماتهم المالية. ويمثل التجاهل أو التزويد المتعمدين لمعلومات الهوية أو المعلومات المالية أو المعلومات الديموغرافية احتياليًا، ويمكن أن ينتج عنه الصرف من الممارسة لمدة لا تتجاوز عامًا واحدًا. في حال التزوير، سيكون المريض مسؤولاً عن الدفع مقابل الخدمات بالكامل.

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

لاستخدام المركز فقط
الحروف الأولى للكاتب
تمت المراجعة في 12.6.2017 CRD

تاريخ التجديد

تاريخ الموافقة/الرفض

مستوى الأجر المتدني