community health centers OF BURLINGTON

# Application for Sliding-Fee Discount and Homeless Healthcare Program

Phone: (802) 264-8124 Fax: (802) 860-4311 www.chcb.org patientsupport@chcb.org

## 1. Applicant

Name (Last)_____ (First)_____ (MI) _____

Street Address_____ City_____ State _____ Zip_____

Home Phone _____ Date of Birth_____ SS#_____

Single_____ Married_____ Divorced_____ Separated_____ Widowed_____

## 2. Household Members *(Who would be listed on your tax return documents)*

| | Name | Relationship | Birth Date | Social Security # |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

**3.** Are you a College/University student? ☐ Yes ☐ No (If "Yes" you will need to supply a copy of your FAFSA to apply.)

Can you be claimed as a dependent on someone else's tax return? ☐ Yes ☐ No

*(If yes, additional income verification is required)*

Are you homeless? ☐ Yes ☐ No ☐ Transitional Housing

If yes, please describe: _____

Where are you staying?: _____

How long will you be staying there?: _____

Are you aware of homeless services in our community? ☐ Yes ☐ No

## 4. Total Family Income

(Anyone on your income tax return)

**Total Household Members**

From Sections 1 & 2 _____

**Total Annual Income** $_____

Income Calculation

Wages/Salary $_____ per_____ = $_____

Self-employment $_____ per_____ = $_____

Unearned $_____ per_____ = $_____

(Specify type) _____

## 5. Insurance

Do you or your spouse have dental insurance coverage? ☐ Yes ☐ No Company _____

Do you or your spouse have health insurance benefits? ☐ Yes ☐ No Company _____

If yes, is it a Vermont Health Connect Policy? ☐ Yes ☐ No

☐ Insured - Insurance Provider:

☐ Uninsured

☐ Filled out State Insurance Application (Green Mountain Care)

☐ Application pending/Called GMC with patient to check application status

Do you have a medical and dental provider?

☐ Yes Medical Provider Name: _____

☐ No

☐ 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 (UVMMC) 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 UVMMC (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 UVMMC next to my signature and that signing this document is not a condition of receiving treatment at CHCB or UVMMC.

**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 _____

Please return this form with one of the following forms of income verification to patientsupport@chcb.org:

- 2 consecutive paystubs from the last 30 days
- Social Security, disability or pension benefits statements
- IRS Form W2 or 1099
- FAFSA form
- Most recently filed tax return (form 1040)
- Unemployment benefits statement

# လျှော့ဈေးနှင့် အိုးအိမ်မဲ့ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် လျှောက်ထားခြင်း

community health centers OF BURLINGTON

ဖုန်း- (802) 264-8124 ဖက်စ် (802) 860-4311 www.chcb.org patientsupport@chcb.org

**1. လျှောက်ထားခြင်း**

အမည် (နောက်ဆုံး) _____ (ပထမ) _____ (အလယ်) _____

အိမ်လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဒေသကုဒ် _____

အိမ်ဖုန်း _____ မွေးနေ့ _____ SS# _____

လူလွတ် _____ အိမ်ထောင်ရှိ _____ ကွာရှင်း _____ သီးသန့်ခွဲနေ _____ တစ်ခုလပ် _____

**2. အိမ်ထောင်စုဝင်များ** *(ဖနီးခင်ပွန်း/မီခိုကလေး/ဆွေမျိုး/အခြား)*

| | **အမည်** | **တော်စပ်ပုံ** | **မွေးနေ့** | **လူမှုဖူလုံရေး #** |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

**3.** သင်သည် ကောလိပ်/တက္ကသိုလ် ကျောင်းသားဖြစ်ပါသလား? ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

သင်သည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်ရငွေအပေါ်တွင် မီခိုနေရသူ ဖြစ်ပါသလား? ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

*(နောက်ထပ် ဝင်ငွေ အတည်ပြုမှု လိုအပ်ပါက)*

သင်သည် အိမ်ယာမဲ့ ဖြစ်ပါသလား? ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ရှိခဲ့ဖူးလျှင် ကျေးဇူးပြုပြီး ရှင်းပြပါ- _____

သင်ဘယ်မှာ နေသနည်း? _____

ထိုနေရာတွင် သင်မည်မျှကြာ နေမည်နည်း? _____

သင့်လူမှုဝန်းကျင်ရှိ အိမ်ယာမဲ့ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း သိပါသလား? ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

**4. မိသားစု စုစုပေါင်းဝင်ငွေ**

(သင်၏ ဝင်ငွေခွန်ပြန်ရမှုအတွင်း မည်သူမဆို)

**အိမ်ထောင်စုဝင် စုစုပေါင်း**

အပိုင်း 1 & 2 မှ _____

**တစ်နှစ်ဝင်ငွေစုစုပေါင်း** $_____

ဝင်ငွေတွက်ချက်ခြင်း

| | | | |
|---|---|---|---|
| လုပ်အားခ/လစာ | $_____ | ကာလ _____ | = $ _____ |
| ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း | $_____ | ကာလ _____ | = $ _____ |
| ဝင်ငွေမရှိ | $_____ | ကာလ _____ | = $ _____ |

(အမျိုးအစား ဖော်ပြပါ) _____

**5. အာမခံ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်တွင် သွားအာမခံ ရှိပါသလား? | ☐ ဟုတ်ပါသည် | ☐ မဟုတ်ပါ | ကုမ္ပဏီ _____ |
| သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပါသလား? | ☐ ဟုတ်ပါသည် | ☐ မဟုတ်ပါ | ကုမ္ပဏီ _____ |
| ရှိပါက Vermont Health Connect Polity ဟုတ်ပါသလား? | ☐ ဟုတ်ပါသည် | ☐ မဟုတ်ပါ | |

☐ အာမခံထားပါသည် - အာမခံအမည်-

☐ အာမခံ မထားပါ

☐ ဖြည့်စွက်ထားသော ပြည်နယ် အာမခံလျှောက်လွှာ (Green Mountain Care)

☐ လျှောက်လွှာ မကျသေး/ လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သိရှိရန် လူနာနှင့်အတူ GMC ကို ခေါ်ဆိုပါ

READ ONLY

သင့်တွင် ကျန်းမာရေးနှင့် သွား အာမခံ ရှိပါသလား?

☐ ရှိပါသည်၊ ကျန်းမာရေး အာမခံအမည်- _____

☐ မဟုတ်ပါ

☐ ရှိပါသည်၊ သွား အာမခံအမည်- _____

☐ သွားအာမခံ မရှိပါ

အောက်ပါ လူမှုဝန်ဆောင်မှုများထဲမှ တစ်ခုခုအကြောင်းကို သင်စိတ်ဝင်စားပါသလား?

☐ ကျန်းမာရေး

☐ သွား

☐ ဆွေးနွေးတိုင်ပင်ခြင်း ☐ အစားအသောက် ☐ အိမ်ရာ

ကျွန်ုပ်တို့က ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း သင့်ကို ယနေ့ ဆက်သွယ်စေလိုပါသလား? ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

**6. လက်မှတ်**

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် ယခုစာနှင့် တွဲဖက်ပါတို့ကို University of Vermont Medical Center (UVMMC) ၏ လျှော့ဈေးအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခွင့်ရစေရန် Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) အား ခွင့်ပြုချက် ပေးအပ်ပါသည်။ ယခုအချက်အလက်များကို မျှဝေခြင်းသည် UVMMC မှ လုပ်ဆောင်ပြီး CHCB တွင် ရယူသော ဝန်ဆောင်မှုများ (ဥပမာ - ဓာတ်ခွဲခန်းစမ်းသပ်ခြင်း) တို့အတွက် အိတ်စိုက်အသုံးစားရိတ် လျှော့သွားမည်ကို နားလည်ပါသည်။ ထို့အပြင် CHCB က ဆောင်ရွက်ခြင်း မပြုရသေးလျှင်ကျွန်ုပ်သည် ယခုခွင့်ပြုချက်ကို ‘ကျွန်ုပ်လက်မှတ် ထိုးပြီးနောက် UVMMC နှင့် မျှဝေခြင်း မပြုပါနှင့်၊ ယခုစာကို လက်မှတ်ထိုးခြင်းသည် CHCB သို့မဟုတ် UVMMC တွင် ကုသမှုခံယူရန်အတွက် မဟုတ်ပါ ဟု စာရေးသားပြီး ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။

**ကျွန်ုပ်သိသမျှ အထက်ပါအချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်၊ ငွေကြေးအခြေအနေ သို့မဟုတ် အိမ်ရာ မည်သည့်ပြောင်းလဲမှုမဆို ဌာနကို အသိပေးမည်ရန် သဘောတူပါသည်။ အထက်ပါအချက်အလက်များ မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်ကိုပေးသော လျှော့ဈေးရပ်ဆိုင်းမည်ကို နားလည်ပါသည်။ (ကျန်းမာရေးဌာန ဝန်ထမ်းများအား ကျွန်ုပ် အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် မည်သည့်အရင်းမြစ်ကိုမဆို ဝင်ငွေအတည်ပြုရန် ဆက်သွယ်ခွင့် ပြုပါသည်။)**

**လူနာအားလုံးသည် ကျန်းမာရေးအာမခံနှင့် ငွေကြေးအချက်အလက်များကို ရိုးသားမှန်ကန်စွာ ဖော်ပြရန် မျှော်လင့်ထားပါသည်။ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်၊ ငွေကြေး သို့မဟုတ် နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ထိန်ချန်ခြင်း သို့မဟုတ် မှားယွင်းဖော်ပြခြင်းသည် မသမာမှုဖြစ်ပြီး အစီအစဉ်မှ တစ်နှစ်အထိ ထုတ်ပယ်ခံရနိုင်ပါသည်။ မှားယွင်းဖော်ပြပါက လူနာအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုအတွက် အပြည့်အဝ ပေးချေရပါမည်။**

**လျှောက်ထားသူ လက်မှတ်** **နေ့စွဲ**

ဌာနတွင်းသုံးရန် အတွက်သာ

ခွင့်ပြုသူ အစ စာလုံး _____ လျှော့ဈေးအဆင့် _____ အတည်ပြု/ ငြင်းပယ် နေ့စွဲ _____ အသစ်ပြန်လုပ်သည့် နေ့စွဲ _____

ယခုလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ဝင်ငွေအတည်ပြုရန် အောက်ပါ ပုံစံများထဲမှ တစ်ခုကို အတူတွဲပြီး patientsupport@chcb.org သို့ ပေးပို့ပါ-

- လွန်ခဲ့သော ရက် 30 အတွင်း ဆက်တိုက် လုပ်အားခ ငွေပေးဖြတ်ပိုင်း 2 ခု
- လူမှုဖူလုံရေး၊ မသန်စွမ်း သို့မဟုတ် ပင်စင်ခံစားခွင့် ဖော်ပြချက်များ
- IRS လျှောက်လွှာ W2 သို့မဟုတ် 1099
- FAFSA လျှောက်လွှာ
- နောက်ဆုံးလျှောက်ခဲ့သော အခွန်ပြန်ရမှု (လျှောက်လွှာ 1040)
- အလုပ်လက်မဲ့ ခံစားခွင့် ဖော်ပြချက်

REVIEW ONLY