



SLIDING FEE ELIGIBILITY

INFORMATION

GUARANTOR	DATE
ADDRESS	MEDICAL REC #
CITY/STATE/ZIP	ACCOUNT #
PHONE	

LIVING ARRANGEMENT

- ☐ OWN HOME
☐ RENT APARTMENT
☐ OTHER _____

RACE

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HISPANIC/LATINO | <input type="checkbox"/> BLACK/AFRICAN AMERICAN | <input type="checkbox"/> OTHER _____ |
| <input type="checkbox"/> MEXICAN | <input type="checkbox"/> WHITE | |
| <input type="checkbox"/> PUERTO RICAN | <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN & OTHER PACIFIC ISLANDER | |
| <input type="checkbox"/> CUBAN | <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED | |

FAMILY MEMBERS

FAMILY SIZE		
SPOUSE	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
% OF PAYMENT		
REVIEW DATE		
NEW PATIENT OR ESTABLISHED		



ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO

INFORMACIÓN

NOMBRE	FECHA
DIRECCIÓN	# DE EXPEDIENTE
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	# DE CUENTA
TELÉFONO	

ARREGLO DE VIVIENDA

- ☐ DUEÑO/A DE CASA
☐ RENTA
☐ OTRO _____

ORIGEN ÉTNICO

- ☐ HISPANO/LATINO
☐ MEXICANO
☐ PUERTORRIQUEÑO
☐ CUBANO
☐ _____
- ☐ AFROAMERICANO
☐ BLANCO
☐ HAWAIANOS NATIVOS/ISLEÑO DEL PACÍFICO
☐ NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
☐ PREFIERO NO CONTESTAR
- ☐ OTRO _____

FAMILY MEMBERS

TAMAÑO TOTAL DE FAMILIA		
	FECHA DE NACIMIENTO	# DE CUENTA
ESPOSA		
NOMBRE		
NOMBRE		
NOMBRE		
NOMBRE		
% DE PAGO		
FECHA DE REVISIÓN		
NUEVO PACIENTE O ESTABLECIDO		