

**BLUE RIDGE COMMUNITY HEALTH SERVICES SLIDING FEE APPLICATION**  
**PO Box 5151, Hendersonville, NC 28793**

**Note: The questions on this form will only be used to get information about you and your family so that we can better meet your healthcare needs. The information will not be used to withhold or deny services to you.**

Name of Patient \_\_\_\_\_ Patient Account No. \_\_\_\_\_  
 Name of Head of Household \_\_\_\_\_

1. Are you covered under Medicaid, Medicare and/or any other insurance?  Yes  No
2. If you have private insurance, what is your annual deductible, per family member?  Yes  No
3. Do you have prescription drug coverage?  Yes  No
4. Have you or your dependents ever applied for or been denied for Medicaid or Medicare?  Yes  No
5. If you or your dependents were denied, why? \_\_\_\_\_
6. Are you legally blind or have you been declared disabled?  Yes  No
7. Are you unemployed?  Yes  No
8. If so, are you too sick to work?  Yes  No

**Please fill in the table below for yourself, your spouse/partner and all dependents living in the home:**

Name	Date of Birth	Relationship to Head of Household	Patient Account Number	Insurance or Medicaid?

Home Phone \_\_\_\_\_ Head of Household work phone \_\_\_\_\_  
 Cell Phone \_\_\_\_\_ Other work phone \_\_\_\_\_ Whose? \_\_\_\_\_

In the spaces below, write the **gross income** (the amount you receive **before** taxes are taken out) that your household earns. (You will need written proof of all income, such as check stubs or a letter from your employer for wages and a statement of benefits for unemployment or social security benefits. If you are self-employed, we will need to see a copy of your most recent tax return.)

Wages	\$	Unemployment	\$
Other	\$	Workers Comp	\$
Disability	\$	Child Support	\$
Social Security	\$	Other Retirement	\$

**Patient Agreement:** I certify that the information provided is accurate and complete to the best of my knowledge. I understand that I will be financially responsible for all or a portion of my care and that I will be required to submit payment at the time of service. I authorize the release of any information necessary to establish my family's eligibility for discounted services.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Interviewer Signature \_\_\_\_\_ Approved \_\_\_\_\_

<b>OFFICIAL USE ONLY</b> (Updated 02/04 form #305)			Review Date _____		
Annual Household Income \$ _____			Number of Household Members _____		
<b>Sliding Fee Rate</b>	<b>A – 10%</b>	<b>B – 20%</b>	<b>C – 40%</b>	<b>D – 60%</b>	<b>E – 80%</b> <b>100%</b>
<b>DENTAL FEE RATE</b>	<b>A – 15%</b>	<b>B – 35%</b>	<b>C – 50%</b>	<b>D – 75%</b>	<b>E – 100%</b>

# APLICACIÓN PARA EL DESCUENTO DE BLUE RIDGE COMMUNITY HEALTH SERVICES

## PO Box 5151, Hendersonville, NC 28793

**NOTA:** Las preguntas de este formulario se usan para adquirir mas información de usted y de su familia para poder atenderlos mejor y para tratar de satisfacer todas sus necesidades con su atención medica. La información no será usada para negarle o rechazarle algún servicio.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Número de Paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre del cabeza de la casa \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene usted, el paciente, Medicaid, Medicare y/u otro tipo de seguro medico?  Si  No
2. Si usted tiene aseguranza privada, ¿Cuál es su deducible anual por cada miembro de su familia? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene algún programa que pague por sus recetas?  Si  No
4. ¿Usted o alguno de sus dependientes alguna vez han aplicado para o le han negado su aplicación para Medicaid o Medicare?  Si  No
5. Si le negaron su aplicación a usted o a sus dependientes, ¿Por qué? \_\_\_\_\_
6. ¿Califica usted para lo que se llama legalmente ciego o se le ha declarado discapacitado?  Si  No
7. ¿Esta desempleado/a?  Si  No
8. Si esta desempleado/a, ¿es porque esta demasiado enfermo para trabajar?  Si  No

**Favor de escribir abajo la información de usted, su esposo/a o pareja y sus dependientes quienes viven con usted:**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el cabeza de la casa	Numero de la Cuenta del Paciente	¿Tiene Medicaid o Seguro Medico?

Teléfono de su casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo del cabeza de la casa \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo de su esposo/a \_\_\_\_\_

Escriba abajo los ingresos **brutos** (lo que le pagan **antes** de quitarle los impuestos) **para todas las personas que trabajan en su familia.** Necesitamos algún comprobante de sus ingresos como talones de cheques, una carta firmada por su patrón, una carta de la oficina del desempleo o una copia del formulario de los impuestos. Si tiene un negocio por su cuenta, necesitamos ver una copia del formulario de los impuestos mas reciente.

Ingresos	\$	Dinero que recibe para mantener a su(s) hijo (s)	\$
Desempleo	\$	Beneficios de compensación del trabajador lastimado	\$
Recompensación por discapacidad	\$	Beneficios de Seguro Social u otro pensión	\$

Si manda dinero a otro país para mantener a sus familiares, ¿Cuánto manda y con que frecuencia? \_\_\_\_\_

**Contrato del Paciente:** Yo certifico que la información provista, hasta donde yo se, es precisa y completa. Yo entiendo que seré financieramente responsable por toda o parte de la tarifa relacionada con los servicios médicos que recibo y que tendré que pagar el mismo día que se me brindan los servicios. Yo autorizo que se verifique cualquier información necesaria para verificar que califico para un descuento para mi y mi familia.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
 Firma del/la empleado/a \_\_\_\_\_ Aprobado \_\_\_\_\_

<b>OFFICIAL USE ONLY</b> (Updated 02/04 form #305)			Review Date _____		
Annual Household Income \$ _____			Number of Household Members _____		
<b>Sliding Fee Rate</b>	A – 10%	B – 20%	C – 40%	D – 60%	E – 80%      100%
<b>DENTAL FEE RATE</b>	A – 15%	B – 35%	C – 50%	D – 75%	E – 100%