



Please fill out this form to ensure you are receiving all of the discounts we offer. We want to provide you with the most affordable primary care no matter your income or insurance status.

By checking the box, I decline to disclose my income and decline all possible sliding fee discounts.

### Sliding Fee Scale Application

First Name	Middle Initial	Last Name	Social Security No.
Present Address	Street	City	State
Telephone Number	Mobile Phone	Email Address	

**Household Members and Income:** Please List all household members including *yourself* below. List additional family members on the back of this form.

Household Members			Paycheck	Unemployment	Social Security/ Disability	Food Stamps	Alimony/Child Support	Assistance from friends	Other	Total Monthly Income
Full Name	Relation to you	Date of Birth								
<i>Ex. John F. Doe</i>	<i>Self</i>	<i>1-1-10</i>	\$ 450	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 750

**Total in Household:**  **Total Monthly Household Income:**

### Attestation

I do hereby swear or affirm that the information provided on this application is true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree that any misleading or falsified information, and/or omissions may disqualify me from further consideration for the sliding fee program and will subject me to penalties under Federal Laws which may include fines and imprisonment. I further agree to inform The Center For New Beginnings if there is a significant change in my income. If acceptance to the sliding fee program is obtained under this application, I will comply with all rules and regulations of The Center For New Beginnings, I hereby acknowledge that I read the foregoing disclosure and understand it.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Please provide one of the following:**

**A. Proof of Identification**

1. Driver's License
2. Valid Government ID
3. Current Utility Bill
4. SSN or Birth Certificate

**B. Proof of Income** (If not applicable, go to Section C )

1. Recent Federal Income Tax Return
2. Recent Stub for one month

**C. Proof of NO Income**

1. Notarized statement from person(s) who provide your financial support.
2. Statement from Social Security stating that you do or do not receive benefits
3. Statement from the department of Family and Children Services stating you do or do not receive benefits
4. Letter from public facility verifying residency and/or income.



Por favor llene este formulario para asegurarnos que esta recibiendo los descuentos apropiados.

**Deseamos ofrecerles un cuidado primordial mas economico, no importa su ingreso o su aseguransa medica.**

Al escojer esta opcion me niego a dar informacion de mis ingresos y rehusar a la posibilidad de una escala de descuentos.

### Aplicación para escala de descuento

Nombre	Inicial	Apellido	Número de seguro social
Dirección actual	Calle	Ciudad	Estado
			Código Postal
Número Telefónico	Teléfono Celular		Correo Electrónico

**Personas que residen en la misma casa:** Favor de mencionar todas las personas que residen en la misma casa incluyendo a usted mismo, si el espacio no es suficiente favor de escribir en la parte de atras del papel.

Personas en el hogar			Cheque de pago	Desempleo	Seguro Social/Incapacidad	Cupones de Alimentos	Manutención de menores	Ayuda de amigos/familiares	Otros	Ingreso Mensual
Nombre Completo	Relación con usted	Fecha de nacimiento								
<i>Ex. John F. Doe</i>	<i>Self</i>	<i>1-1-10</i>	<i>\$ 450</i>	<i>\$ 0</i>	<i>\$ 0</i>	<i>\$ 200</i>	<i>\$ 0</i>	<i>\$ 100</i>	<i>\$ 0</i>	<i>\$ 750</i>

<b>Total de personas que residen en la casa:</b>		<b>Ingreso total mensual de la casa:</b>	
--	--	--	--

### Attestation

Yo certifico bajo pena de ley que la información anterior es correcta y está completa. Estoy de acuerdo en pagar mi parte del costo en cada cita antes de que los servicios sean prestados. Entiendo que no voy a recibir los servicios a menos que mi parte del costo este pagado en su totalidad. Entiendo que si cualquier otro apoyo financiero se revela a CFNB, esta tiene el derecho de ajustar mi parte del costo. Entiendo que si presento información financiera fraudulenta, CFNB se reserva el derecho de expulsarme de la clínica. Entiendo que CFNB no divulgará ninguna información financiera ninguna otra organización a menos que se considere necesario para continuar el tratamiento y la atención médica, pero no sin mi conocimiento y aprobación previa.

Nombre _____	Fecha _____
--------------	-------------

**Favor de presentar evidencia de lo antes escrito y la siguiente información**

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>A. Evidencia de Identificación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Licencia de Conducir</li> <li>Identificación del Gobierno</li> <li>Factura de luz o agua</li> <li>Tarjeta de Seguro Social o</li> <li>Certificado de Nacimiento</li> </ol> <p><b>B. Verificación financiera</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Devolución de impuestos</li> <li>Talonario de pago</li> <li>Carta del empleador con logo de compañía.</li> </ol> | <p><b>C. Evidencia de no ingreso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Carta notariada de la persona que le ayuda financieramente</li> <li>Carta del seguro social confirmando que usted recibe o no , beneficios del seguro social.</li> <li>Estado del Departamento de la Familia o del sustento de menores confirmando que usted no recibe beneficios o cupones de alimentos</li> <li>Carta del Estado verificando su residencia y/o ingre</li> </ol> |
|---|---|

