

Greater Texoma Health Clinic

Sliding Fee Application/ Aplicación para el Descuento

The Sliding Fee Scale is a method for providing reduced fees, based on household's size and income. In order to be eligible for this program, the following application must be completed and submitted with the following information for all person in the household. El proceso de escala móvil es usado para el descuento de servicios, basados en los ingresos de todos los miembros que viven en el hogar. En orden para ser elegible para el programa de descuento, la siguiente aplicación necesitara ser llenada e entregada con la información de todos los miembros en su hogar.

Name/ Nombre

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

Address/ Dirección

City/ Ciudad

State/ Estado

Zip Code/ Código Postal

Phone Number/ Teléfono

INCOME- INGRESOS: List all of your household's members and income below. Be sure to include the following: Government checks; money from work; money you collect from charging room and board; cash gifts, contributions from parents, relative, friends & others; child support; and unemployment./ Escriba todos los miembros e ingresos de los miembros del hogar. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, aportaciones de un padre, familiares, amigos, y otras personas; manutención de niños, o pagos por desempleo que recibe usted o miembros en su hogar.

Name Nombre	Date of Birth Fecha De Nacimiento	Relationship Relación A Usted	Monthly Income Ingresos Mensuales
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Total/ Total \$ _____

PLEASE READ THE FOLLOWING CAREFULLY

The statement I have made, including my answers to all these questions are true and correct to the best of knowledge and belief. I agree to give staff any information necessary to prove statements about my eligibility. I understand that giving false information could result in disqualification and repayment.

LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE

La declaración que hice, incluyendo mis respuestas a todas las preguntas, es verdadera y correcta a mi leal saber, y entender. Estoy de acuerdo en dar al personal toda la información necesaria para demostrar declaración acerca de mi elegibilidad. Entiendo que dar información falsa podría resultar en la descalificación y el reembolso.

Applicants Signature / Firma de Solicitante

Date / Fecha