



Consent to Treat / Consentimiento para tratar

Slide Fee Application / Solicitud de Honorarios Reducidos

ANNUAL

Name <i>Nombre</i>		Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>	
Phone <i>Telefono</i>		Other Phone <i>Otra Telefono</i>	
Mailing Address (Street, Apartment, City, State, Zip Code) / Dirección Postal (Calle, Apartamento Ciudad Estado Código postal)			
<p>I give my permission to mail my bills to (check all that apply) <i>Doy mi permiso de mandar por correo mis facturas a (marcar todas que correspondan)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Me <i>Mí</i> <input type="checkbox"/> The person listed as my Guarantor <i>La persona que aparece como responsable</i> </p> <p> <input type="checkbox"/> Other (please provide name, address, and phone number) / Otro (por favor proporcione el nombre, domicilio y número de teléfono) </p>			
<p>This information is true to the best of my knowledge <i>Esta información es verdadera conforme a mi mejor conocimiento</i></p>			
TREATMENT AGREEMENT / CONVENIO DE TRATAMIENTO:			
<u> </u> <i>Initial</i> <i>Inicial</i>	<p>I request Family Health Center to provide me and/or my family with medical care and/or dental care and/or behavioral health care. / Yo solicito que Family Health Center proporcione a mí y/o a mi familia con cuidado médico y/o cuidado dental y/o cuidado de salud mental.</p>		
<u> </u> <i>Initial</i> <i>Inicial</i>	<p>FINANCIAL RESPONSIBILITY / RESPONSABILIDAD FINANCIERA:</p> <p>I accept financial responsibility for all professional services and/or supplies. Payment for services is due at the time rendered unless arrangements have been made prior to the visit in writing. If you feel that there is an error in your account billing, please notify our office within 60 days of the date of the original bill. / Yo acepto responsabilidad económica por todos los servicios profesionales y/o materiales. El pago por los servicios es debido al momento de ser facilitados, a menos de que otros arreglos se hayan hecho por escrito antes de su visita. Si usted piensa que existe un error en la facturación de su cuenta, por favor notifíquenos dentro de los primeros 60 días de la fecha original del cobro.</p>		
<u> </u> <i>Initial</i> <i>Inicial</i>	<p>RELEASE OF BENEFITS AND INFORMATION / LIBERACIÓN DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN:</p> <p>I authorize my insurance benefits to be paid directly to the Family Health Center if applicable. I am financially responsible for any balance due. I authorize the Family Health Center or insurance company to release any information for all claims unless specifically limited by me in writing. / Yo autorizo que mis beneficios de mi seguro se paguen directamente a Family Health Center como correspondan. Yo me responsabilizo económicamente por cualquier saldo debido. Yo autorizo a Family Health Center o a la compañía de seguros a liberar cualquier información para todos los reclamos, a menos que sea limitado específicamente por mí por escrito.</p>		
<p>Signature of Patient/Guarantor <i>Firma del paciente o la persona responsable</i></p>			
Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i>		Date <i>Fecha</i>	



MEDICARE RECIPIENTS ONLY: FOR BILLING MEDICARE <i>Beneficiarios de Medicare únicamente: para facturas a Medicare</i>			
<p>I request that payment of authorized Medicare benefits be made on my behalf to the Family Health Center for any services furnished to me. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services. / Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre a Family Health Center por cualquier servicio que se me proporcione. Yo autorizo a cualquier habiente de información médica acerca de mí a liberar toda información necesaria a Health Care Financing Administration y a sus agentes para determinar dichos beneficios o aquellos beneficios pagaderos por otros servicios relacionados.</p>			
<p>Signature of Patient/Guarantor <i>Firma del paciente o la persona responsable</i></p>			
<p>Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i></p>	<p>Date <i>Fecha</i></p>		
AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF A MINOR CHILD <i>Autorización para el tratamiento de un menor de edad</i>			
<p><input type="checkbox"/> The following adults have my permission to bring the patient to the Family Health Center for medical care, and/or dental care, and/or behavioral health care. <i>Los siguientes adultos tienen mi permiso para traer al paciente a Family Health Center para su cuidado médico y/o cuidado dental, y/o cuidado de salud mental.</i></p>	<p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> The Family Health Center may treat the patient listed above if he/she comes to a medical, and/or dental, and/or behavioral health, appointment unaccompanied by a parent or guardian. <i>Family Health Center puede tratar al paciente antes nombrado si él o ella viene a una cita médica, y/o dental, y/o de salud mental sin que sea acompañado por un padre o tutor.</i></p>			
<p>Parent/Guardian Signature <i>Firma del Padre o Tutor</i></p>	<p>Date <i>Fecha</i></p>		
<p>Parent/Guardian Printed Name <i>Nombre del Padre o Tutor (en letra de molde)</i></p>	<p>Phone <i>Teléfono</i></p>		
STATUS <i>Estatus</i>			
<p>What is your current living situation? Please choose one answer. / ¿Cuál es su situación de vivienda actual? Por favor escoja una respuesta.</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> At risk for homelessness <i>En riesgo de quedar sin hogar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Currently not homeless, but was in the last 12 months <i>Actualmente con hogar, pero estuve sin hogar en los últimos 12 meses</i></p> <p><input type="checkbox"/> Living in shelter <i>Viviendo en un refugio</i></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> Living with friends or family <i>Viviendo con familiares o amigos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Not homeless <i>Con hogar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Street/camp/bridge <i>Calle/Campamento/Puente</i></p> <p><input type="checkbox"/> Transitional housing <i>Vivienda de transición</i></p> </td> </tr> </table>		<p><input type="checkbox"/> At risk for homelessness <i>En riesgo de quedar sin hogar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Currently not homeless, but was in the last 12 months <i>Actualmente con hogar, pero estuve sin hogar en los últimos 12 meses</i></p> <p><input type="checkbox"/> Living in shelter <i>Viviendo en un refugio</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Living with friends or family <i>Viviendo con familiares o amigos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Not homeless <i>Con hogar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Street/camp/bridge <i>Calle/Campamento/Puente</i></p> <p><input type="checkbox"/> Transitional housing <i>Vivienda de transición</i></p>
<p><input type="checkbox"/> At risk for homelessness <i>En riesgo de quedar sin hogar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Currently not homeless, but was in the last 12 months <i>Actualmente con hogar, pero estuve sin hogar en los últimos 12 meses</i></p> <p><input type="checkbox"/> Living in shelter <i>Viviendo en un refugio</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Living with friends or family <i>Viviendo con familiares o amigos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Not homeless <i>Con hogar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Street/camp/bridge <i>Calle/Campamento/Puente</i></p> <p><input type="checkbox"/> Transitional housing <i>Vivienda de transición</i></p>		
<p>Has the principal source of income for you and your family ever been farm work? / ¿Ha sido la fuente principal de ingresos para Ud. y su familia el trabajo agrícola?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Sí</i></p>		
<p>In the past 2 years, did you or any member of your family move here to do farm work? / ¿En los últimos 2 años ¿Ud. o alguien de su familia se mudó aquí para trabajar en campos agrícolas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Sí</i></p>		
<p>Do you or your family members do farm work on a seasonal basis? / ¿Trabaja Ud. o alguien de su familia en el campo agrícola por temporadas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Sí</i></p>		
<p>Are you a US Citizen? <i>¿Es Ud. un ciudadano de los Estados Unidos?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Sí</i></p>		
<p>Are you a United States Veteran? <i>¿Es Ud. un veterano de los Estados Unidos?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Sí</i></p>		



Name <i>Nombre</i>		Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>			Date <i>Fecha</i>	
<p>How many people are in your tax household and supported by the income listed on this worksheet? (All persons related by blood, marriage, legal adoption or domestic partnership that are claimed, or would be claimed, as household members on your federal income tax return). Also include dependents that are away at school.</p> <p><i>¿Cuántas personas están en su grupo familiar fiscal y son mantenidas con el ingreso que figura en esta hoja de trabajo? (Todas las personas con parentesco sanguíneo, por casamiento, adopción legal o sociedad doméstica que son o serían declaradas miembros del grupo familiar en su declaración de impuestos federales). Incluya también a los dependientes que se encuentran fuera estudiando.</i></p>						
	1	2	3	4	5	6
Name of Household Member <i>Nombre de la persona en su hogar</i>						
Relationship to You <i>Parentesco con ud.</i>						
Source of Income <i>Fuente de ingresos</i>						
Monthly Income Amount <i>Cantidad de ingresos mensuales</i>						
<p>How much MONTHLY gross income (the income you receive before taxes, deductions, or garnishments) in your tax household comes from:</p> <p><i>Cuánto del ingreso bruto MENSUAL (los ingresos que recibe antes de impuestos, deducciones o embargos) de su hogar proviene de lo siguiente:</i></p>						
Wages, salary and tips <i>Empleo, salario y propinas</i>		\$	Money received from friends / family for living expenses <i>Dinero recibido de amistades o familiares para mantenerse</i>		\$	
Unemployment benefits <i>Beneficios por desempleo</i>		\$	Social Security benefits that are taxable by the IRS <i>Beneficios del Seguro Social que son gravados por el IRS</i>		\$	
Self-employment income <i>Trabajo independiente</i>		\$	Dividends from annuities <i>Intereses de inversiones</i>		\$	
Strike benefits <i>Beneficios de huelgas</i>		\$	Interest received on bank account <i>Intereses recibidos de cuentas bancarias</i>		\$	
Alimony <i>Manutención</i>		\$	Veterans benefits <i>Beneficios del ejército (Veteranos)</i>		\$	
Public assistance / TANF <i>Asistencia pública /TANF</i>		\$	Net income from rental property <i>Ingreso neto por el alquiler de propiedades</i>		\$	
Allowance / gifts <i>Subsidio / regalos</i>		\$	School loans / grants for living expenses <i>Préstamos escolares/Fondos para mantenerse</i>		\$	
Military allotments <i>Distribución militar para familias</i>		\$	Sick pay received <i>Compensación por enfermedad</i>		\$	
Pensions <i>Pensiones</i>		\$	Workers compensation <i>Indemnización para trabajadores</i>		\$	
Bonuses <i>Bonos</i>		\$	Other (specify): <i>Otros (explique)</i>		\$	
<p>If your income is \$0, how are you meeting your food, clothing, shelter, and transportation needs?</p> <p><i>Si no cuenta con ingresos ¿cómo satisface sus necesidades de comida, ropa, alojamiento y transporte?</i></p>						



Please Read and Sign

Lea y firme

To the best of my knowledge, the information I have provided above is true and correct. I give the Family Health Center permission to verify information about my financial status.

Esta información es verdadera y correcta conforme a mi mejor conocimiento. Doy permiso a Family Health Center para verificar la información acerca de mi estado financiero.

Signature of Patient/Guarantor

Firma del paciente o la persona responsable

Relationship to Patient

Parentesco con el paciente

Date

Fecha

Initials
Iniciales

I refuse to complete this Application for the Sliding Fee Scale. I understand that if I do not complete this application, my income cannot be verified by Family Health Center and that I will owe the full charges for services provided. Me rehúso a completar la Solicitud de Honorarios Reducidos. Entiendo que al no hacerlo Family Health Center no podrá verificar mi ingreso y adeudaré el total de los cargos por los servicios provistos.

Also included in the definition of gross income should be deductions commonly taken out of income before it is received. También incluido en la definición de ingreso bruto, deben ser las deducciones que comúnmente se substraen de los ingresos antes de que se reciben.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Deductions for federal, state and local taxes
<i>Deducciones para impuestos federales, estatales y locales</i> - Deductions for Social Security taxes
<i>Deducciones para impuestos de Seguridad Social</i> - Deductions for L&I taxes
<i>Deducciones para impuestos de L & I</i> - Deductions for savings bonds/savings plans
<i>Deducciones para bonos de ahorros o plan de ahorro</i> - Garnishments
<i>Embargos</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Deductions for retirement plans and 403(b) plans
<i>Deducciones para plan de jubilación y plan 403 (b)</i> - Deductions for union dues
<i>Deducciones de cuotas sindicales</i> - Deductions for health insurance and other benefits
<i>Deducciones por cobertura de salud y otros beneficios</i> - Deductions for contributions
<i>Deducciones para contribuciones</i> |
|--|---|

Sources of support that do not count as income for sliding fee determinations.

Fuentes de sustento que no se cuentan como ingresos para determinar la escala de honorarios reducidos.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Food, rent or other non-cash items received in lieu of wages
<i>Alimentos, alquiler u otros artículos, no monetarios, recibidos a cambio de salario</i> - Food stamps received
<i>Estampillas para alimentos recibidos</i> - WIC vouchers received
<i>Cupones de WIC recibidos</i> - HUD or other non-rent subsidy
<i>HUD u otro subsidio que no es para alquiler</i> - Withdrawal from savings
<i>Retiro de cuenta de ahorros</i> - Money received from sale of personal possessions
<i>Dinero recibido por la venta de posesiones personales</i> - Loans received
<i>Préstamos recibidos</i> - Tax refunds received
<i>Reembolsos de impuestos recibidos</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Student loans or grants received for school related expenses
<i>Préstamos escolares o fondos recibidos para gastos relacionados con la escuela</i> - Earnings of children under the age of 14
<i>Ganancias de niños menores de 14 años</i> - Social Security benefits that are not taxable by the IRS
<i>Beneficios del Seguro Social que no son gravados por el IRS</i> - Inheritance received
<i>Herencia recibida</i> - Settlements received for injury or legal damages
<i>Asentamientos recibidos lesiones o perjuicios</i> - Maturity payments on insurance policies received
<i>Pagos de madurez en pólizas de seguros recibidos</i> - Payments received for providing foster care
<i>Pagos recibidos para proporcionar cuidado de crianza</i> |
|---|--|