

**Premier Community HealthCare Group, Inc.**  
**DISCOUNT FEE APPLICATION**  
*Solicitud para el programa de la escala de descuentos*

It is the policy of Premier Community HealthCare Group, Inc. to provide essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered depending upon household income and size. A "**Family**" is one or more persons living in one dwelling place who are related by blood, marriage, or law. Adults and minor children are considered a family. **Relatives over 18 (that are not full-time students) are not eligible to be used as dependents for this application process.** Please complete the following questions to determine if you or your family members are eligible for our discounted fees program. *Es la política de Community Health Centers, Inc. de proveer los servicios esenciales sin tener en cuenta la capacidad de pagar del paciente. Descuentos son ofrecidos dependiendo del ingreso total y el número de familiares que vive en la casa. Una "familia" se refiere a las personas que viven en un domicilio y son parientes por sangre, matrimonio o ley. Se considera adultos y sus menores una familia pero no se puede usar, como dependientes, parientes mayor que los 18 años (que no son estudiantes de jornada completa) para esta solicitud. Por favor responda a las siguientes preguntas para determinar la elegibilidad de usted o uno de los miembros de su familia para nuestro programa de descuentos.*

<b>Household Member's Name:</b> <i>Nombre de miembros en su hogar</i>	<b>Date of Birth:</b> <i>Fecha de nacimiento:</i>	<b>PROOF OF INCOME MUST BE ATTACHED</b>			<b>Relationship</b> <i>parentesco</i>
		<b>Weekly</b> <i>semanal</i>	<b>Bi-Weekly</b> <i>quincenal</i>	<b>Monthly</b> <i>mensual</i>	
SELF/UNO MISMO _____	_____	_____	_____	_____	_____
SPOUSE/CÓNYUGE _____	_____	_____	_____	_____	_____
RELATIVE/PARIENTE _____	_____	_____	_____	_____	_____
RELATIVE/PARIENTE _____	_____	_____	_____	_____	_____
RELATIVE/PARIENTE _____	_____	_____	_____	_____	_____
RELATIVE-PARIENTE _____	_____	_____	_____	_____	_____

Total Calculated Annual Income: \$ \_\_\_\_\_  
*Ingreso total anual*

The total number of family members living in your household (Working and Non-Working): \_\_\_\_\_  
 Numero total de miembros de familia viviendo en su casa (con empleo y sin empleo)

**NOTE:** Include income from all adult family members in household and income from all sources. These include, but are not limited to: gross wages, tips, social security, disability, pensions, annuities, veterans payments, net business or self employment, alimony, child support, military, unemployment public aid and any other form of income. *¡Ojo! Incluye el ingreso de todos los adultos de la familia y de todos los medios posibles. Los medios pueden incluir: sueldos, propinas, seguro social, invalidez, subsidios, anualidades, pagos de veteranos, auto-empleo, pensión alimenticia, ayuda de niños, desempleo, asistencia pública, y más.*

**ALL INFORMATION WILL BE KEPT CONFIDENTIAL**

I certify that the above facts are true and correct to the best of my knowledge. I am also aware that this information may be randomly audited at any time for verification purposes. Knowingly providing false information may result in termination of services. *Yo certifico que la información dada en el presente es correcta y verdadera. Entiendo que se puede auditar esta información en cualquier momento para propósitos de comprobación. También entiendo que la presentación de información falsa podrá resultar en la terminación de servicios.*

Signature of Applicant / *Firma del solicitante* \_\_\_\_\_ Date/ *Fecha* \_\_\_\_\_

Signature of Patient Services Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_ Date of Interview: \_\_\_\_\_