

**MORONGO BASIN COMMUNITY HEALTH CENTER  
SLIDING FEE DISCOUNT SCHEDULE APPLICATION**

A	B	C	D	E	F	G	H	I		
1	<b>Part 1 PARA SER COMPLETADA POR EL PACIENTE</b>									
2	<b>MIEMBROS DE LA FAMILIA</b>		Ingresos: Ingrese la cantidad BRUTA (antes de impuestos) que usted y su cónyuge/pareja obtienen en la columna correspondiente							
3	RELACIÓN	NOMBRE (nombre y apellido)	Si se le paga por hora	Si se le paga semanalmente	Si se le paga cada dos semanas	Si se le paga dos veces al mes	Si se le paga una vez al mes			
4	Usted (paciente):		\$	\$	\$	\$	\$			
5	Cónyuge/ pareja:		\$	\$	\$	\$	\$			
6	Nombres de niños menores de 18 años (nombre y apellido):									
7	Nombre del niño/a:									
8	Nombre del niño/a:									
9	Nombre del niño/a:									
10	Nombre del niño/a:									
11	Nombre del niño/a:									
12	Nombre del niño/a:									
13	Nombre del niño/a:									
14	Numero de miembros en el hogar (agregar las lineas 4 a 13)	No. Total =								
15	<b>Part 2 PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE MBCHC</b>									
16										
17	<b>Medical - all services except Dental</b>									
18	Slide - Circle One	A B C D E	Nominal Fee - Circle One			\$10	\$25	\$50	\$75	\$101
19	<b>Dental</b>									
20	Slide - Circle One	A B C D E	Nominal Fee - Circle One		\$10/10%	\$25/25%	\$50/50%	\$75/75%	Full Fee	
21	Proof of income provided : <input type="checkbox"/> Tax return <input type="checkbox"/> Pay Stub <input type="checkbox"/> Letter from Employer <input type="checkbox"/> Letter from Public Assistance Agency <input type="checkbox"/> Self Declaration									
22	____ I have reviewed the above enrollment information, proof of income and the calculation of qualifying income and have approved the patient(s) for participation in the Sliding Fee Discount Program.									
23	Signed by: _____						Date _____			
24	Printed name of signer: _____									
25	Application expires March 31; new application required each April 1.						Rev 8/2018			