



# Application for Sliding-Fee Discount Homeless Healthcare Program

Phone: (802) 264-8124

Fax: (802) 540-0165

www.chcb.org

patientsupport@chcb.org

## 1. Applicant

Name (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (Middle Initial) \_\_\_\_\_  
 Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_  
 Single \_\_\_\_\_ Married \_\_\_\_\_ Divorced \_\_\_\_\_ Separated \_\_\_\_\_ Widowed \_\_\_\_\_

## 2. Tax Household Members *(Who would be listed on your tax return documents. Please include all household members on one form.)*

Name	Relationship on Taxes	CHC Patient? (Y/N)	Birth Date	Social Security #
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

## 3. Are you a College/University student? Yes No

*(If "Yes" you will need to supply a copy of your Free Application for Federal Student Aid [FAFSA] to apply.)*

Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?  Yes  No

*(If yes, additional proof of income will be required)*

3a) Are you experiencing homelessness?  Yes  No *(If yes, please check appropriate box below)*

3b)  Doubling up or living with others  Shelter  Street  Transitional Housing

3c) Where and how long will you be staying there? \_\_\_\_\_

3e) Are you aware of community services for those experiencing homelessness in our community?  Yes  No

## 4. Total Taxable Household Income

*(Tax filers and all dependents)*

<b>Total Household Members</b>	Wages/Salary	\$ _____ per _____	= \$ _____
From Sections 1 & 2 _____	Self-employment	\$ _____ per _____	= \$ _____
	Unearned	\$ _____ per _____	= \$ _____
<b>Total Annual Gross Income</b>	\$ _____		

## 5. Self-Declaration of Income

Self-Declaration: I declare that I have been working and receiving payments in cash in the amount of  
1. \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  Week  Month  Year

I have no pay stubs or other documentation to prove my earnings.

Self-Declaration: I declare that I have no employment and do not have income of any kind. **If you choose this option, please explain how you pay for basic expenses including housing, food and utilities:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. Insurance

Do you or your spouse have dental insurance coverage?  Yes  No Insurance Company: \_\_\_\_\_

Do you or your spouse have health insurance benefits?  Yes  No Insurance Company: \_\_\_\_\_

If yes, is it a Vermont Health Connect Policy?  Yes  No

Insured - Insurance Provider: \_\_\_\_\_

No medical or dental insurance coverage

Filled out State Insurance Application (Green Mountain Care [GMC])

Application pending/Called GMC with patient to check application status

## 7. Do you have a medical and dental provider?

Yes, Medical Provider Name: \_\_\_\_\_

No health care coverage.

Yes, Dental Provider Name: \_\_\_\_\_

No dental coverage.

Are you interested in receiving information about any of the following community services?

Medical

Dental

Counseling  Food Shelf  Housing

Would you like us to connect you with these services today?  Yes  No

## 8. Signature

By signing below, I give permission to the Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHC) to share this document and any attachments thereto with University of Vermont Medical Center (UVMCMC) for the purposes of enrollment in its sliding fee schedule. I understand this sharing of information may decrease any out-of-pocket cost to me for services ordered at CHC but performed at UVMCMC (e.g., laboratory testing). I also understand that I may revoke this permission if CHC has not yet acted in reliance on it by writing 'do not share with UVMCMC next to my signature below and that signing this document is not a condition of receiving treatment at CHC or UVMCMC.

**To the best of my knowledge, the above information is true and correct. I agree to inform the Health Center of any changes in my employment, financial status or housing. If the above information proves to be incorrect, I understand that the discount provided to me will be terminated. (I also give permission for the health Center staff to contact my employer or any other source to verify income.)**

**Patients are expected to provide accurate information about their medical coverage and financial information. Intentional omission or falsification of identity, financial, or demographic information is fraud and may result in dismissal from the practice for up to one year. In the event of falsification, the patient will be responsible for the full payment.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

FOR OFFICE USE ONLY

Auth. Initials \_\_\_\_\_ Slide Level \_\_\_\_\_ Approval/Denial Date \_\_\_\_\_ Renewal Date \_\_\_\_\_

**Please return this form with one of the following forms of income verification to [patientsupport@chcb.org](mailto:patientsupport@chcb.org):**

- 2 consecutive paystubs from the last 30 days
- Social Security, disability or pension benefits statements
- IRS Form W2 or 1099
- FAFSA form (if you are a student, you will also need to provide this document)
- Most recently filed tax return (form 1040)

**1. مقدم الطلب**  
الاسم (الأخير) \_\_\_\_\_ (الأول) \_\_\_\_\_ (الحرف الأول للاسم الأوسط) \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_  
أعزب \_\_\_\_\_ متزوج \_\_\_\_\_ مطلق \_\_\_\_\_ منفصل \_\_\_\_\_ أرمل \_\_\_\_\_

**2. أفراد الأسرة المسجلون في الضريبة (من يُرجون في وثائق إقرارك الضريبي. يرجى إدراج كل أفراد الأسرة في نموذج واحد).**  
الاسم صلة القرابة في السجل الضريبي مريض CHC؟ (نعم/لا) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

**3. هل أنت طالب كلية/جامعة؟**  نعم  لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، ستحتاج إلى تقديم نسخة عن طلبك المجاني لمساعدة الطلاب الفيدرالية [FAFSA] للتقدم بالطلب.)  
هل يمكن القول أنك شخص مُعال في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟  نعم  لا  
(إذا كانت الإجابة نعم، ينبغي تقديم دليل إضافي على الدخل)  
**3أ) هل تعيش بلا مأوى؟**  نعم  لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تحديد المربع الملئم أدناه)  
**3ب)  تقيم لدى أحدهم أو تعيش مع آخرين  مأوى  الشارع  مسكن انتقالي**  
**3ج) أين تقيم وكَم ستدوم مدة إقامتك هناك؟**  
**3هـ) هل أنت على دراية بالخدمات المجتمعية للمشردين في مجتمعك؟**  نعم  لا

**4. إجمالي دخل المنزل الخاضع للضريبة**  
(مقدمو الإقرار الضريبي والمعالون)  
إجمالي أفراد الأسرة \_\_\_\_\_ الأجر/الراتب \$ \_\_\_\_\_ لكل \$ = \_\_\_\_\_  
من الأقسام 1 و 2 \_\_\_\_\_ ذاتي التوظيف \$ \_\_\_\_\_ لكل \$ = \_\_\_\_\_  
غير مُستلم \_\_\_\_\_ غير مُستلم \$ \_\_\_\_\_ لكل \$ = \_\_\_\_\_  
إجمالي الدخل السنوي الكلي \$ \_\_\_\_\_

**5. الإفصاح الذاتي عن الدخل**  
 الإفصاح الذاتي: أنا أصرح أنني أعمل وأتلقى دفعات مالية بقيمة  
1. \$ \_\_\_\_\_ لكل \_\_\_\_\_  أسبوع  شهر  عام  
ليست لدي كعوب دفع أو وثائق أخرى تثبت دخلي.  
 الإفصاح الذاتي: أنا أصرح أنني لا أعمل وليس لدي دخل من أي نوع. (إذا حدّدت هذا الخيار، فيرجى شرح كيف تدفع مقابل نفقاتك الأساسية، بما في ذلك السكن والطعام والمرافق.)  
\_\_\_\_\_

## 5. التأمين

هل لديك أنت أو زوجك تغطية تأمينية للأسنان؟  نعم  لا شركة التأمين: \_\_\_\_\_

هل لديك أنت أو زوجك فوائد تأمين صحي؟  نعم  لا شركة التأمين: \_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هي بوليصة تأمين Vermont Health Connect؟  نعم  لا

مؤمن - مزود التأمين:  
 لا تغطية تأمينية طبية أو للأسنان  
 عبأت طلب تأمين ولاية (Green Mountain Care [GMC])  
 الطلب قيد الانتظار/اتصلت بـ GMC مع المريض للتحقق من حالة الطلب

هل لديك مزود طبي ومزود أسنان؟

نعم، اسم المزود الطبي: \_\_\_\_\_  
 لا، تغطية صحية أو رعاية أسنان. \_\_\_\_\_  
 نعم اسم مزود الأسنان: \_\_\_\_\_  
 لا، مزود أسنان

هل أنت مهتم بتلقي المعلومات حول أي من الخدمات المجتمعية التالية؟

طبية  
 أسنان  
 الاستشارة  الطعام  الإسكان  
 نعم  لا هل تود منا ربطك بهذه الخدمات اليوم؟

## 6. التوقيع

بالتوقيع أدناه، فإنني أُمِنُ إذني إلى شركة مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHC) بمشاركة هذه الوثيقة وأية ملحقات مرفقة بها مع المركز الطبي في جامعة فيرمونت (UVM) لأغراض المشاركة في خطتها للتسعير بناءً على القدرة المالية. أنا أفهم أن هذه المشاركة للمعلومات يمكن أن تخفف أية تكلفة ذاتية أتكبدها مقابل الخدمات المطلوبة في مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHC) ولكنها تتم في المركز الطبي لجامعة فيرمونت (UVM) (مثل الفحوص المخبرية). كما أنني أفهم أن بإمكانني إلغاء هذا الإذن إذا لم تتصرف مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHC) بعد بناءً عليه، وذلك بكتابة "do not share with UVM" (لا يُشارك مع UVM) قرب توقيع أدناه، وأن توقيع هذه الوثيقة لا يمثل شرطاً لتلقي العلاج في مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHC) أو المركز الطبي لجامعة فيرمونت (UVM).

على حد علمي، فإن المعلومات أعلاه حقيقية وصحيحة. أنا أوافق على إبلاغ المركز الصحي بأية تغييرات في حالة توظيفي، وضعي المالي، أو وضعي السكني. إذا ثبت عدم صحة المعلومات أعلاه، فأتنا أفهم أنه سيتم إنهاء الخصم المقدم لي. (كما أنني أُمِنُ الإذن لطاقم المركز الصحي بالاتصال برب عملي أو أي مصدر آخر للتحقق من الدخل.)

من المتوقع من المرضى تقديم معلومات دقيقة حول تغطيتهم الطبية ومعلوماتهم المالية. التفاوض المقصود عن أو تزوير الهوية أو المعلومات المالية أو الديموغرافية هو احتيال، ويمكن أن ينتج عنه الصرف من الممارسة لمدة تصل إلى عام واحد. في حال التزوير، سيكون المريض مسؤولاً عن السداد بشكل كامل.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

FOR CHC office use ONLY

Auth. Initials \_\_\_\_\_ Slide Level \_\_\_\_\_ Approval/Denial Date \_\_\_\_\_ Renewal Date \_\_\_\_\_

يرجى إعادة النموذج مع واحد أو أكثر من النماذج التالية لتحقيق الدخول إلى [patientsupport@chcb.org](mailto:patientsupport@chcb.org):

- كعبا دفع متتاليان من الأيام الـ 30 الماضية
- بيانات فوائد الضمان الاجتماعي أو الإعاقة أو المعاش التقاعدي
- نموذج IRS رقم W2 أو 1099
- طلب FAFSA (إذا كنت طالباً، ستحتاج إلى جلب هذه الوثيقة أيضاً)
- الإقرار الضريبي الأخير المقدم (النموذج 1040)