



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)

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

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:

- 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. Demandeur

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____
 Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
 Téléphone fixe _____ Date de naissance _____ Numéro de sécurité sociale _____
 Célibataire _____ Marié(e) _____ Divorcé(e) _____ Separaté(e) _____ Veuf/Veuve _____

2. Membres du foyer fiscal (Qui serait inscrit sur vos documents de déclaration de revenus. Veuillez inclure tous les membres du ménage sur un seul formulaire.)

Nom	Relation pour l'imposition Patient CHC ? (O/N)	Data de naissance	# Sécurité sociale
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

3. Êtes-vous un étudiant/universitaire? Oui Non (Si « Oui », vous devrez fournir une copie de votre demande gratuite d'aide fédérale aux étudiants [FAFSA] pour cette demande.)

Pouvez-vous être considéré comme dépendant de la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ? Oui Non
(Si oui, une preuve de revenu supplémentaire sera requise)

3a) Êtes vous sans-abris Oui Non *(Si oui, veuillez cocher la case appropriée ci-dessous)*

3b) Vie en foyé partagé Refuge Rue Logement de transition

3c) Où et combien de temps y séjournerez-vous ? _____

3e) Connaissez-vous les services communautaires pour les personnes sans abri dans notre communauté ? Oui Non

4. Revenu imposable total du ménage (Les déclarants et toutes les personnes à charge)

Total des membres du ménage	Salaire	\$ _____ par _____	= \$ _____
Des Sections 1 & 2 _____	Travail indépendant	\$ _____ par _____	= \$ _____
	Non gagné	\$ _____ par _____	= \$ _____

Revenu brut annuel total \$ _____

5. Auto-déclaration de revenus

Auto-déclaration: Je déclare avoir travaillé et reçu des paiements en espèces d'un montant de
 1. \$ _____ par _____ Semaine Mois Année

Je n'ai pas de bulletins de paie ou d'autres documents pour prouver mes revenus.

Auto-Déclaration: Je déclare ne pas avoir d'emploi et n'avoir aucun revenu d'aucune sorte. **(Si vous choisissez cette option, veuillez expliquer comment vous payez les dépenses de base, y compris le logement, la nourriture et les services publics.)**

5. Assurance

Est-ce que vous ou votre conjoint avez une assurance dentaire?

Oui Non Assureur: _____

Vous ou votre conjoint bénéficiez d'une assurance maladie ?

Oui Non Assureur: _____

Si oui, s'agit-il d'une police Vermont Health Connect ? Oui Non

Assuré - Fournisseur d'assurance :

Aucune couverture d'assurance médicale ou dentaire

Demande d'assurance nationale remplie (Green Mountain Care [GMC])

Demande en attente/GMC appelé avec le patient pour vérifier l'état de la demande

Avez-vous un fournisseur de service médical et dentaire?

Oui, Nom du prestataire médical: _____

Non, pas de couverture santé ou soins dentaires. _____

Oui, Nom du prestataire de soins dentaires: _____

Non, pas de prestataire de soins dentaires.

Souhaitez-vous recevoir des informations sur l'un des services communautaires suivants ?

Médical

Dentaire

Aide sociale Alimentation Logement

Souhaitez-vous que nous vous mettions en relation avec ces services dès aujourd'hui ? Oui Non

6. Signature

En signant ci-dessous, j'autorise les centres de santé communautaires de Burlington, Inc. (CHC) à partager ce document et toutes ses pièces jointes avec le centre médical de l'Université du Vermont (UVMMC) aux fins d'inscription à son barème de frais ajustables. Je comprends que ce partage d'informations peut réduire tout déboursement pour moi pour les services commandés au CHC mais effectués à l'UVMMC (par exemple, les tests de laboratoire). Je comprends également que je peux révoquer cette autorisation si le CHC n'a pas encore agi en écrivant « ne pas partager avec l'UVMMC » à côté de ma signature ci-dessous et que la signature de ce document n'est pas une condition pour recevoir un traitement au CHC ou à l'UVMMC.

Au meilleur de ma connaissance, les informations ci-dessus sont véridiques et exactes. J'accepte d'informer le Centre de santé de tout changement d'emploi, ma situation financière ou mon logement. Si les informations ci-dessus s'avèrent incorrectes, je comprends que la réduction qui m'a été accordée sera résiliée. (J'autorise également le personnel du Centre de santé à contacter mon employeur ou toute autre source pour vérifier les revenus.)

Les patients sont tenus de fournir des informations précises sur leur couverture médicale et leurs informations financières. L'omission intentionnelle ou la falsification d'informations d'identité, financières ou démographiques est une fraude et peut entraîner le renvoi du cabinet pendant un an maximum. En cas de falsification, le patient sera responsable du paiement intégral.

Signature du demandeur

Date

À L'USAGE DU CHC UNIQUEMENT

Initiales auth. _____ Niveau _____ Date d'approbation/refus _____ Date de renouvellement _____

Veillez retourner ce formulaire avec l'un des formulaires de vérification de revenu suivants à patientsupport@chcb.org :

- 2 bulletins de paie consécutifs des 30 derniers jours
- Relevés de sécurité sociale, d'invalidité ou de pension.
- Formulaire IRS W2 ou 1099
- Demande FAFSA (si vous êtes étudiant, vous devrez également apporter ce document)
- Dernière déclaration de revenus (formulaire 1040)