



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. आवेदक

(थर) _____ (नाम) _____ (बिचको प्रथमाक्षर) _____

स्ट्रिट ठेगाना _____ नगर _____ प्रान्त _____ जिप _____

घरको फोन _____ जन्म मिति _____ सामाजिक सुरक्षा नम्बर _____

अविवाहित _____ विवाहित _____ सम्बन्ध विच्छेद _____ छुटिएको _____ बिधुर/बिधवा _____

2. कर घरका सदस्यहरू ((जो तपाईंको कर दाखिला कागजातहरूमा सूचीबद्ध हुने छन् । कृपया एकै फाराममा परिवारका सबै सदस्यहरूलाई समावेश गर्नुहोस् ।)

नाम	करमा सम्बन्ध	CHC बिरामी ? (हो/होइन)	जन्म मिति	सामाजिक सुरक्षा #
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

3. के तपाईं कलेज/विश्वविद्यालयका विद्यार्थी हुनुहुन्छ ? हो होइन (यदि "हो" भने आवेदन गर्न तपाईंले आफ्नो संघीय विद्यार्थी सहायताका लागि निःशुल्क आवेदन [FAFSA] को प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनुपर्ने छ ।)

के तपाईंलाई अरू कसैको कर दाखिलामा निर्भर हुने व्यक्ति भनी दाबी गर्न सकिन्छ ? हो होइन

(यदि हो भने, आयको अतिरिक्त प्रमाण आवश्यक पर्ने छ)

3a) के तपाईं हाल घरबारविहीन हुनुहुन्छ ? हो होइन (यदि हो भने, कृपया तलको उपयुक्त बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

3b) जोडा मिलाएर वा अरूसँग बस्ने आश्रयस्थल सडक अन्तरिम आवास

3c) तपाईं त्यहाँ कहाँ र कति समयसम्म बस्नुहुने छ ? _____

3e) के तपाईं हाम्रो समुदायमा घरबारविहीन भएकाहरूका लागि उपलब्ध सामुदायिक सेवाहरू बारे सचेत हुनुहुन्छ ? हो होइन

4. कुल करयोग्य घरायसी आय

(कर दाखिला गर्ने र सबै आश्रितहरू)

कुर परिवारका सदस्यहरू

ज्याला/तलब	\$ _____ प्रति _____ = \$ _____
खण्ड 1 & 2 बाट	स्व-रोजगारबाट \$ _____ प्रति _____ = \$ _____
	अनार्जित \$ _____ प्रति _____ = \$ _____

कुल वार्षिक सकल आय \$ _____

5. आयको स्व-घोषणा

स्व-घोषणा: म घोषणा गर्दछु कि म काम गरिरहेको छु र निम्न रकम नगद भुक्तानीहरू प्राप्त गरिरहेको छु:

1. \$ _____ प्रात _____ हप्ता माहना वर्ष

मेरो कमाइ प्रमाणित गर्न मसँग कुनै तलब पर्ची वा अन्य कागजातहरू छैनन् ।

स्व-घोषणा: म घोषणा गर्दछु कि मसँग कुनै रोजगार छैन र कुनै प्रकारको आम्दानी छैन । (यदि यदि तपाईंले यो विकल्प रोज्नुभयो भने, कृपया तपाईंले आवास, खाना र बिजुली, पानी आदि लगायतका आधारभूत खर्चहरूका लागि कसरी भुक्तानी गर्नुहुन्छ भनेर व्याख्या गर्नुहोस् ।)

5. बीमा

तपाईं वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमतीको दन्त बीमा कभरेज छ कि छैन? छ

छैन बिमा कम्पनी: _____

तपाईं वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमतीको स्वास्थ्य बीमा लाभ छ कि छैन? छ

छैन बिमा कम्पनी: _____

यदि हो भने, के त्यो भर्मोन्ट हेल्थ कनेक्ट पोलिसी हो? हो होइन

बीमित - बीमा प्रदायक:

कुनै मेडिकल वा दन्त बिमा कभरेज छैन

प्रान्तीय बिमा आवेदन भरेको (ग्रीन माउन्टेन केयर[GMC])

आवेदन विचाराधीन / आवेदनको अवस्था जर्जाँच गर्न बिरामी सहित GMC लाई फोन गरियो

के तपाईंको मेडिकल र दन्त सेवा प्रदायक छन्?

हो मेडिकल सेवा प्रदायकको नाम: _____

कुनै मेडिकल वा दन्त बिमा कभरेज छैन । _____

हो, दन्त सेवा प्रदायकको नाम: _____

कुनै दन्त सेवा प्रदायक छैन

निम्न सामुदायिक सेवाहरू मध्ये कुनै सेवाको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ ?

मेडिकल

दन्त चिकित्सा

परामर्श फुड सेल्फ आवास

के तपाईं आजै हामीले तपाईंलाई यी सेवाहरूसँग जोडिदेओस् भन्ने चाहनुहुन्छ ? हो होइन

6. हस्ताक्षर

तल हस्ताक्षर गरेर, म Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHC) लाई यो कागजात र त्यसमा नली गरिएका कुनै पनि सामग्रीहरू यसको स्लाइडिङ शुल्क अनुसूचीमा नामाङ्कन गर्ने प्रयोजनका लागि भर्मोन्ट विश्वविद्यालय मेडिकल सेन्टर (UVMMC) सँग आदानप्रदान गर्न अनुमति दिन्छु । म बुझ्छु कि यसरी सूचना आदानप्रदान गर्नाले मलाई CHC मा आदेश गरिएका तर UVMMC (जस्तै, प्रयोगशाला परीक्षण), मा गरिएका सेवाहरूका लागि आफ्नो तर्फबाट गर्नुपर्ने कुनै पनि खर्च घटाउन सक्ने छ । म के पनि बुझ्छु भने CHC ले मेरो हस्ताक्षर सँगसँगै "UVMMC लाई प्रदान नगर्ने" भनी लेखेर यसमा भर परी काकर्ष गरेको छैन भने म यो अनुमति रद्द गर्न सक्छु र यो दस्तावेजमा तल हस्ताक्षर गर्नु CHC वा UVMMC मा उपचार प्राप्त गर्ने सर्त हुँदैन ।

मेरो जाजनकारीमा भएसम्म माथिको सूचना साँचो र सही हो । म मेरो रोजगारी, आर्थिक स्थिति वा आवासमा कुनै परिवर्तन भएमा

स्वास्थ्य केन्द्रलाई जानकारी गराउन सहमत छु । यदि माथिको जानकारी गलत ठहरिएमा, मलाई उपलब्ध गराइएको छुट बन्द

गरिनेछ भन्ने कुरा म बुझ्छु । (म स्वास्थ्य केन्द्रका कर्मचारीहरूलाई आय रुजु गर्नको लागि मेरा रोजगारदाता वा अन्य कुनै स्रोतलाई सम्पर्क गर्न पनि अनुमति दिन चाहन्छु।)

बिरामीहरूले उनीहरूको मेडिकल कभरेज र आर्थिक विवरणको बारेमा सही जानकारी प्रदान गरुन् भन्ने अपेक्षा पनि गरिन्छ । जानाजान पहिचान, वित्तीय वा जनसांख्यिकीय सूचना लुकाउनु वा झूटा बताउनु धोखाधडी हो र यसको लागि एक वर्षसम्म अभ्यासबाट बर्खास्त हुन सक्छ । झूटा विवरण दिएमा बिरामीले पूरा भुक्तानी गर्नुपर्ने हुन्छ ।

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति

OR CHC कार्यालयको प्रयोजनका लागि मात्र

आधिकारिक प्रथमाक्षर _____ स्लाइड स्तर _____ स्वीकृत/अस्वीकृत मिति _____ नवीकरण मिति _____

कृपया यस फारमको साथमा निम्न आय प्रमाणीकरणका कुनै पनि फारम फिर्ता पठाइदिनुहोला:

patientsupport@chcb.org:

- गत 30 दिनभित्रको लगातार दुई वटा तलबको अर्धकट्टी
- सामाजिक सुरक्षा, अपाङ्गता वा पेन्सन सुविधा विवरण ।
- IRS फाराम W2 वा 1099
- FAFSA आवेदन (यदि तपाईं विद्यार्थी हुनुहुन्छ भने, तपाईंले यो कागजात पनि ल्याउनुपर्ने हुन्छ)
- सबैभन्दा पछिल्लोपटक दाखिला गरेको कर विवरण (फाराम 1040)

संशोधित 06/06/23 ।