



# 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)



# Solicitud de descuento de cuotas variables Programa de atención médica para personas sin hogar

Teléfono: (802) 264-8124

Fax: (802) 540-0165

www.chcb.org

patientsupport@chcb.org

## 1. Solicitante

Nombre (apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

## 2. Integrantes del hogar tributario (personas que aparecerían en los documentos de declaración de impuestos. Incluya a todos los integrantes del hogar en un formulario).

Nombre	Relación fiscal	¿Es paciente de CHC? (S/N)	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

3. ¿Usted es estudiante universitario?  Sí  No (si la respuesta es "Sí", deberá proporcionar una copia de la solicitud gratuita de ayuda federal para estudiantes [Free Application for Federal Student Aid, FAFSA] para continuar con su solicitud).

¿Alguna persona puede mencionarlo como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No  
*(Si la respuesta es sí, se requerirá un comprobante de ingresos adicional)*

3a) ¿Se encuentra en situación de falta de vivienda?  Sí  No (si la respuesta es sí, marque la casilla correspondiente abajo)

3b)  Comparte vivienda o vive con otras personas  En un albergue  En la calle  En una vivienda de transición

3c) ¿Dónde se quedará y durante cuánto tiempo permanecerá en ese lugar? \_\_\_\_\_

3e) ¿Conoce los servicios comunitarios para las personas en situación de falta de vivienda que se ofrecen en nuestra comunidad?  Sí  No

## 4. Ingreso total gravable del hogar

*(Contribuyentes y todos los dependientes)*

Integrantes totales del hogar Salario/sueldo \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

De las secciones 1 y 2 \_\_\_\_\_ Empleo independiente \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

No salarial \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

Ingreso anual bruto total \$ \_\_\_\_\_

## 5. Declaración propia de ingresos

Declaración propia: Declaro que he estado trabajando y recibiendo pagos en efectivo por el monto de  
1. \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  Semana  Mes  Año

No tengo recibos de pago ni otra documentación que compruebe mis ingresos.

Declaración propia: Declaro que no tengo ningún empleo y que no recibo ingresos de ningún tipo. (Si **elige esta opción, explique cómo paga los gastos básicos, incluida la vivienda, los alimentos y los servicios públicos**).

\_\_\_\_\_

## 5. Seguro

¿Usted o su cónyuge tienen cobertura de seguro dental?  Sí  No Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

¿Usted o su cónyuge tienen beneficios de seguro médico?  Sí  No Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿se trata de una póliza de Vermont Health Connect?  Sí  No

Asegurado. Proveedor de seguro:

Sin cobertura de seguro médico o dental

¿Llenó la solicitud de seguro estatal (Green Mountain Care [GMC])?

Solicitud pendiente/llamada a GMC con el paciente para revisar el estado de la solicitud

¿Tiene un proveedor médico y de atención dental?

Sí. Nombre del proveedor médico: \_\_\_\_\_

No, sin cobertura de atención médica o dental \_\_\_\_\_

Sí. Nombre del proveedor de atención dental: \_\_\_\_\_

No, sin proveedor de atención dental

¿Le interesa recibir información sobre cualquiera de los siguientes servicios comunitarios?

Médicos

Dentales

Terapia  Programa de despensa  Vivienda

¿Le gustaría que lo pusiéramos en contacto con estos servicios el día de hoy?  Sí  No

## 6. Firma

Al firmar a continuación, doy mi permiso para que Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHC) comparta este documento y cualquier archivo adjunto con University of Vermont Medical Center (UVMHC) para los fines de inscripción en su programa de cuotas variables. Entiendo que este intercambio de información puede disminuir los costos directos que pudiera tener que pagar por los servicios que solicite en CHC, pero que se realicen en UVMHC (por ejemplo, análisis de laboratorio). También entiendo que puedo revocar este permiso si CHC aún no ha actuado con base en él escribiendo "no compartir con UVMHC" al lado de mi firma más abajo y que la firma de este documento no es una condicionante para recibir tratamiento en CHC o UVMHC.

**La información que aparece arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto informarle al centro de salud sobre cualquier cambio en mi empleo, estado económico o vivienda. Si la información anterior resulta ser incorrecta, entiendo que se cancelará el descuento que se me otorgue (también doy mi permiso para que el personal del centro de salud se comuniquen con mi empleador o con cualquier otra fuente para comprobar los ingresos).**

**Se espera que los pacientes proporcionen datos precisos sobre su cobertura médica e información económica. La omisión o falsificación intencional de la información sobre la identidad, económica o demográfica se considera fraude y puede tener como resultado la suspensión de los servicios prestados en el consultorio durante incluso un año. En caso de falsificación, el paciente será responsable del pago total.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA uso EXCLUSIVO de la oficina de CHC

Iniciales del autor \_\_\_\_\_ Nivel variable \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación/negación \_\_\_\_\_

Fecha de renovación \_\_\_\_\_

**Devuelva este formulario junto con uno de los siguientes formularios de comprobación de ingresos a [patientsupport@chcb.org](mailto:patientsupport@chcb.org):**

- 2 recibos de pagos consecutivos de los últimos 30 días.
- Estados de cuenta del seguro social, de beneficios de discapacidad o de pensión.
- Formulario W2 o 1099 del IRS.
- FAFSA (si usted es un estudiante, también deberá traer este documento).
- Declaración de impuestos presentada más recientemente (formulario 1040).

Modificado el 6 de junio de 2023.