



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 (UVMCC) 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 UVMCC (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 UVMCC next to my signature below and that signing this document is not a condition of receiving treatment at CHC or UVMCC.

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. Người nộp đơn

Tên (Họ) _____ (Tên) _____ (Tên Đệm) _____

Địa chỉ Đường phố _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Điện thoại Nhà _____ Ngày Sinh _____ Số An sinh Xã hội _____

Độc thân _____ Đã kết hôn _____ Đã ly dị _____ Đã ly thân _____ Góa _____

2. Thành viên trong Hộ gia đình Khai Thuế (Những người sẽ được liệt kê trên tờ khai hoàn thuế của quý vị). Vui lòng ghi tất cả thành viên trong gia đình trên một tờ khai.)

Tên	Mối quan hệ để Khai thuế	Bệnh nhân CHC? (Có/Không)	Ngày Sinh	Số An sinh Xã hội
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

3. Quý vị có phải là sinh viên Đại học/Cao đẳng không? Có Không (Nếu "Có" thì cung cấp một bản sao Đơn xin Liên bang Hỗ trợ Sinh viên [FAFSA] để đăng ký.)

Quý vị có khả năng được coi là người phụ thuộc trong tờ khai hoàn thuế của người khác không? Có Không
(Nếu có thì phải có thêm bằng chứng bổ sung về thu nhập)

3a) Quý vị có đang trong tình trạng vô gia cư không? Có Không (Nếu có thì vui lòng đánh vào ô thích hợp bên dưới)

3b) Ở ghép hoặc sống với người khác Nhà trú ẩn Đường phố Nhà trung chuyển

3c) Quý vị sẽ ở đâu và ở đó bao lâu? _____

3e) Quý vị có biết về các dịch vụ cộng đồng cho người vô gia cư trong cộng đồng của chúng ta không? Có Không

4. Tổng Thu nhập Hộ gia đình phải Chịu thuế
(Người khai thuế và tất cả người phụ thuộc)

Tổng số Thành viên Gia đình _____ Lương/Tiền công \$ _____ / _____ = \$ _____

Từ Mục 1 & 2 _____ Tự kinh doanh \$ _____ / _____ = \$ _____

Thu nhập ngoài lương \$ _____ / _____ = \$ _____

Tổng Thu nhập Hàng năm \$ _____

5. Tự kê khai Thu nhập

Tự kê khai: Tôi khẳng định là tôi đang làm việc và nhận thanh toán bằng tiền mặt là
1. \$ _____ / _____ Tuần Tháng Năm

Tôi không có chứng phiếu lương hoặc chứng từ nào khác để chứng minh thu nhập của mình.

Tự kê khai: Tôi khẳng định là tôi không có việc làm và không có thu nhập dưới bất kỳ hình thức nào. (Nếu chọn phần này thì vui lòng giải thích cách quý vị thanh toán các chi phí cơ bản, bao gồm nhà ở, thực phẩm và tiện ích.)

5. Bảo hiểm

Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có bảo hiểm nha khoa không?

Có Không Công ty Bảo hiểm: _____

Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có quyền lợi bảo hiểm y tế không?

Có Không Công ty Bảo hiểm: _____

Nếu có thì phải là Vermont Health Connect Policy (Hợp đồng Bảo hiểm Vermont Health Connect) không? Có Không

Có bảo hiểm - Công ty Bảo hiểm:

Không có Bảo hiểm y tế hoặc nha khoa

Đã điền Đơn xin Bảo hiểm của Tiểu bang (Green Mountain Care [GMC])

Đơn đang chờ xét/Đã gọi GMC với bệnh nhân để kiểm tra trạng thái của đơn

Quý vị có bác sĩ y khoa và nha khoa không?

Có Tên Bác sĩ Y khoa: _____

Không có Bảo hiểm y tế hoặc nha khoa. _____

Có, Tên Bác sĩ Nha khoa: _____

Không có Bác sĩ Nha khoa

Quý vị có muốn nhận thông tin về bất kỳ dịch vụ cộng đồng nào sau đây không?

Y khoa

Nha khoa

Tư vấn Kệ Cung cấp Thực phẩm Nhà ở

Quý vị có muốn chúng tôi giới thiệu các dịch vụ này cho quý vị ngay hôm nay không? Có Không

6. Chữ ký

Khi ký tên bên dưới, tôi cho phép Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng của Burlington, Inc. (CHC) chia sẻ tài liệu này và các tài liệu kèm theo với Đại học Trung tâm Y tế Vermont (UVM) nhằm đăng ký vào kế hoạch giảm giá theo thang dịch vụ của họ. Tôi hiểu rằng việc chia sẻ thông tin này có thể làm giảm mức chi phí tự trả đối với các dịch vụ được chỉ định ở CHC nhưng lại được thực hiện tại UVM (ví dụ như xét nghiệm). Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể rút lại sự cho phép này nếu CHC chưa thực hiện việc đó bằng cách viết lại câu 'không chia sẻ thông tin với UVM' kể bên chữ ký của tôi bên dưới và việc ký tên vào tài liệu này không phải là điều kiện để nhận điều trị tại CHC hoặc UVM.

Với sự hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên đây là chính xác và trung thực. Tôi đồng ý thông báo cho Trung tâm mọi thay đổi của tôi về việc làm, tình trạng tài chính hoặc nhà ở. Nếu thông tin trên đây được chứng minh là không chính xác, thì tôi hiểu rằng tôi sẽ không được giảm giá nữa. (Tôi cũng cho phép nhân viên của Trung tâm y tế liên lạc với công ty của tôi hoặc bất kỳ nguồn nào khác để xác minh thu nhập).

Bệnh nhân phải cung cấp thông tin chính xác về bảo hiểm y tế và thông tin tài chính của họ. Việc cố tình khai gian hoặc bỏ sót thông tin về nhận diện, tài chính hoặc nhân khẩu học đều bị coi là gian lận và quý vị có thể bị cấm tham gia chương trình lên đến một năm. Trong trường hợp có gian dối, bệnh nhân sẽ phải chịu toàn bộ thanh toán.

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

CHỈ DÀNH CHO văn phòng CHC

Xác thực. Tên viết tắt _____ Mức Thang _____ Ngày Chấp thuận/Từ chối _____ Ngày Gia hạn _____

Vui lòng gửi lại mẫu đơn này cùng với một trong những mẫu xác minh thu nhập sau đến patientsupport@chcb.org:

- 2 cuống phiếu trả lương liên tiếp từ 30 ngày gần nhất
- Bảng kê phúc lợi An sinh Xã hội, khuyết tật hoặc hưu bổng.
- Mẫu IRS W2 hoặc 1099
- Đơn FAFSA (nếu là sinh viên thì phải mang theo tài liệu này)
- Tờ khai hoàn thuế đã nộp mới nhất (mẫu 1040)