



605 S. Conroe Medical
Drive
Conroe, Texas 77304
936-539-4004

440 Rayford Rd, Suite 150
Spring, Texas 77386
936-539-4004

9516 West FM 1097
Suite 140
Willis, Texas 77318
936-539-4004

13905 Grangerland Rd
Conroe, TX 77306
936-539-4004

Requirements for Sliding Fee Discount Program Applications

The information below is required by the Eligibility Department at Lone Star Family Health Center to determine if you qualify to receive discounted services that can be provided under the Sliding Fee Discount Program:

1. Completed application that includes the names of all household members.
2. Proof of income for all individuals living at the address (even if not currently employed). This can be given through the following documents:
 - a. Copy of last year's income tax return, including Schedule C- if self employed
 - b. Paycheck stubs from the last two pay periods
 - c. Copy of the unemployment award letter showing max benefit amount
 - d. Proof of other household income: Social Security Disability Income (SSDI) award letter for the current year, Retirement Survivor Disability Income (RSDI), retirement income, alimony, pension or other income
 - e. A legible letter from your employer(s) stating your current wages per week if you are paid in cash for services.
 - f. A legible letter from the applicant stating your current wages per week if you are paid in cash for services and unable to provide letter from your employer. Your letter must include a statement as to why you are unable to obtain a letter from your employer.
 - g. If no reported income, a completed and signed Statement of Financial Support from the individual/organization that supports you

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government to determine your eligibility. This is not a health insurance and does not meet the Affordable Care Act requirement for having health coverage. ***Falsification of any information and/or documentation will disqualify you from receiving any services under Sliding Fee Scale.*** If approved, patients are responsible for notifying Lone Star Eligibility Department with any income or household size changes.



605 S. Conroe Medical
Drive
Conroe, Texas 77304
936-539-4004

440 Rayford Rd, Suite 150
Spring, Texas 77386
936-539-4004

9516 West FM 1097
Suite 140
Willis, Texas 77318
936-539-4004

13905 Grangerland Rd
Conroe, TX 77306
936-539-4004

Requisitos para la aplicación del descuento de la clínica (Sliding Fee Discount Program)

La siguiente información es requerida por el departamento de Elegibilidad en la clínica Lone Star Family Health Center para poder determinar si califica para servicios de descuento que pueden ser ofrecidos bajo asistencia de la clínica:

1. Llene la solicitud e incluya los nombres de todos sus miembros de la familia.
2. Comprobante de ingresos de todas las personas viviendo en el mismo domicilio (aunque no estén empleados al momento)

Documentos aceptables:

- a. La declaración del año anterior incluyendo Schedule C- Si usted es dueño de su negocio.
- b. Últimos 2 talones de sueldo
- c. Una copia de los beneficios de desempleo que muestra la cantidad máxima de beneficio
- d. Comprobante de otros ingresos del hogar: Carta del año actual de aprobación de beneficios de Seguro Social por Incapacidad conocido como SSDI por sus siglas en inglés, Seguro de incapacidad y sobrevivientes conocido como RSDI por sus siglas en inglés, ingresos de jubilación, pensión alimenticia, pensión u otros ingresos.
- e. Una carta legible de su empleador indicando las fechas de su empleo y los salarios si le pagan en efectivo.
- f. Una carta legible del solicitante indicando su salario a la semana si se le paga en efectivo y no pudo obtener una carta del empleador. Su carta debe de incluir la razón que no pudo obtener la carta de su empleador.
- g. Si no tiene ningún ingreso reportado, una Declaración de Apoyo llena y firmada por la persona/organización que le brinda apoyo.

Tenga en cuenta que seguimos las normas federales establecidos por el gobierno de los EE.UU. para determinar su elegibilidad. Este no es un seguro medico y no cumple con los requisitos de tener seguro medico bajo la Ley del Cuidado de Salud. ***Si provee falsa información o documentación será descalificada para recibir servicios con el descuento de la clínica.*** Si es aprobado, el paciente es responsable de notificar al departamento de Elegibilidad de Lone Star, cualquier cambio de ingreso y hogar.



LONE STAR

FAMILY HEALTH CENTER

Application for Sliding Fee Discount Program

Aplicación de Servicios de Descuento

Applicant Information / Información del Solicitante

Applicant's Name (Last, First, Middle) Nombre del solicitante (Apellido, Primero, Segundo)	Phone Numbers Número de Teléfono			
	Home / Número de Casa			
	Cell / Celular			
Do you use another name? ¿Utiliza otro nombre (apellido anterior, apodo)	Email Address Correo Electrónico			
Physical Address Dirección Física	City Ciudad	County Condado	State Estado	ZIP Zona Postal
Mailing Address (Street or P.O. Box) Dirección de envío (Calle o P.O Box)	City Ciudad	County Condado	State Estado	ZIP Zona Postal

Household Information / Información del Hogar
 Household/Family includes: All persons related by blood, marriage, legal adoption or domestic partnership living under one roof who share income, food and/or rent, and may include dependents away at school.
 Hogar/Familia incluye: Todos los familiares de sangre, matrimonio, adopción legal o pareja domestica unión libre viviendo bajo un techo que comparten ingresos, comida/renta, y puede incluir dependes estudiando fuera de la casa.

Fill in line (1) with your information. Fill in the remaining lines for those who live in the household for which you are legally responsible.
 Llene la primera línea con Información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven con usted, y es legalmente responsable.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, Primera, Segundo)	Relationship to you? ¿Cuál es la relación a usted?	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	Ethnicity Etnicidad
(1)	Self Yo mismo					
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						

W-White/Blanca B-Black/Negro A-Asian/Asiática OPI-Other Pacific Islander/otras islas del Pacífico	MOR-More Than One Race/Más De Una Raza U-Unreported/Unknown/No Declarada/Desconocida NH-Native Hawaiian/Nativo de Hawái NA-American Indian/Alaskan Native/ Los Indios Americanos / Nativos de Alaska	Ethnicity / Etnicidad LH- Latino or Hispanic/ Latino ò Hispano NH- Not Hispanic/ No Hispano
--	---	--

List All of the Household's Income / Anote todos los ingresos de la unidad familiar:

Name of Person Receiving Income (Over 14 years of age) Nombre de la persona que recibe ingresos (Mayores de 14 años)	Source of the Income Fuente del Ingreso	Amount Received Cantidad Recibida	How often is the income received? (Daily, Weekly, Every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia recibe el ingreso? (Diariamente, por semana, cada quincena, mensual)
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

Does anyone in the Household have Health Insurance/Medicaid/Medicare? ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud/Medicaid/Medicare? Yes/Sí No/No

Name of Person Insured Nombre de la persona que tiene seguro de salud	Name of Policy Holder Nombre del Titular de la Póliza	Name of Insurance Nombre de seguro	Policy Member ID Número de identificación del miembro de la póliza
(1)			
(2)			
(3)			

*not used to determine eligibility, exclusively for adding current insurance information to patient's chart (if any).

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government to determine your eligibility. Falsification of any information and/or documentation could disqualify you from receiving services under the Sliding Fee Scale program.

Sliding Fee payment is due and payable at the time of service. If you are unable to make payment at time of service, please speak to the receptionist to make other arrangements.

Re-qualification is required annually to maintain eligibility.

This is not a health insurance and does not meet the Affordable Care Act requirement for having health coverage.

Tenga en cuenta que nosotros seguimos las guías Federales establecidas por el gobierno de los EE.UU para determinar su elegibilidad. Falsificación de información o documentación puede descalificarla de recibir servicios bajo el programa de Servicios de Descuento.

El copago de Servicios de Descuento debe ser pagado al momento que recibe servicios. Por favor hable con la recepcionista para hacer otros arreglos.

Re-calificación es requerida anualmente para mantener elegibilidad.

Este no es un seguro medico y no cumple con los requisitos de tener seguro medico bajo la Ley del Cuidado de Salud.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT
ANTES DE FIRMAR, SEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTA COMPLETA Y CORRECTA

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America that the foregoing is true and correct. I further agree to notify Lone Star Family Health Center of any changes in this information within ten (10) days of such change.

Yo declaro bajo penalidad de perjurio bajo las leyes de los EE.UU que lo siguiente es correcto y verdadero. Yo estoy de acuerdo que notificare al Lone Star Family Health Center si hay algún cambio a esta información dentro de diez (10) días del cambio.

Signature Applicant
 Firma - Solicitante

Date
 Fecha