

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

Name of Person Receiving Income Nombre de la persona que recibe ingresos	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/Sì No/No

Are you a Veteran? Yes/Sì No/No ¿Eres un veterano?

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)			

Please note that we follow the Federal 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. To maintain discount, fees must be paid promptly. 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. Para mantener el descuento, todos los pagos se tienen que hacer puntualmente al tiempo de 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, SEGUÉSE 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