



Requirements for Sliding Fee Discount Program Application

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 identification for adults. Examples include, but are not limited to:
 - Driver's license
 - School ID
 - Work ID
 - Foreign ID/passport
3. Proof of address. A valid document with your name and current address dated within the last month. Examples include, but are not limited to:
 - Utility/Phone/Cable/ Credit Card bill
 - Current lease
 - USPS Change of Address Receipt
 - Voter registration card
 - Current Statement of Financial Support indicating shelter status and/or homelessness
4. Proof of parental rights/guardianship, for minors. Only one of the following is required. Examples include:
 - Birth certificate
 - Legal guardianship papers
 - Adoption papers
 - Any applicable legal documents
 - Tax return (children under 18 listed as dependents)
5. Proof of income for all individuals living at the applicant's address (even if not currently employed). This can be given through the following documents:
 - a. Most recent consecutive paycheck stubs covering 4 weeks or 30 days
 - b. Prior year tax return with all schedules
 - c. If unemployed in the current year, provide Workforce Solution Wage Statement and unemployment award letter showing max benefit amount and payment history for each claim
 - d. Current year Retirement or Social Security benefits letter. Examples include, Social Security Income (SSI), Social Security Disability Income (SSDI), and/or Retirement Survivors Disability Income (RSDI).
 - e. Child support payment letter(s)
 - f. Legible letter signed and dated by employer(s), if paid in cash, stating:
 - Amount and the frequency of payment
 - Printed name of employer
 - Telephone number of employer
 - g. If no reported income, a completed and signed Statement of Financial Support from the individual/organization that supports you. The Statement of Financial Support must be completed by the person financially supporting the household.
 - h. Proof of other household income: alimony, educational assistance (including grants, scholarships and loans), worker's compensation, Temp Assistance for Needy Families (TANF), Veteran's payments, pension or retirement income, interest or dividend income, rental or royalty income and income from estates or trusts.
 - i. If you are self-employed, paid in cash and do not file income taxes, please complete the Self-Employment/Cash Attestation Statement provided by Lone Star Eligibility Department

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government for the current year to determine your eligibility. This is not health insurance. Eligibility staff reserves the right to verify and determine the validity of all documents presented with your application. ***Falsification of any information and/or documentation will disqualify you from receiving any services under Sliding Fee Discount Program.*** If approved, patients are responsible for notifying Lone Star Eligibility Department with any income or household size changes within 10 days of such change.

Applications are accepted in person at any of our locations, via email at eligibility@lonestarfamly.org or via mail at 605 S. Conroe Medical Dr, Conroe, TX 77304 attn: Eligibility Department.

Requisitos para la solicitud del Programa de Descuento de Pago

El Departamento de Elegibilidad de *Lone Star Family Health Center* requiere de la siguiente información con el fin de determinar si usted califica para recibir un descuento en los servicios médicos, por medio del Programa de Descuento de Pago.

1. Solicitud completa que incluye los nombres de todos los miembros del hogar.
2. Prueba de identificación para adultos. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:
 - Licencia de conducir
 - Identificación de trabajo
 - Identificación escolar
 - Identificación extranjera/pasaporte
3. Comprobante de domicilio. Un documento válido con su nombre y dirección actual, con fecha del último mes. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:
 - Factura de servicios públicos/teléfono/cable/tarjeta de crédito
 - Tarjeta de registro de votante
 - Contrato de arrendamiento actual
 - Declaración actual de apoyo financiero que indica el estado del refugio y/o la falta de vivienda
 - Recibo de cambio de dirección de USPS
4. Prueba de los derechos de los padres/tutela, para menores. Sólo se requiere uno de los siguientes documentos. Los ejemplos incluyen:
 - Certificado de nacimiento
 - Cualquier documento legal aplicable
 - Documentos de tutela legal
 - Declaración de impuestos (menores de 18 años son incluidos como dependientes)
 - Documentos de adopción
5. Comprobante de ingresos de todas las personas que viven en la dirección del solicitante (incluso si actualmente no están empleados). Esto puede ser proporcionado a través de los siguientes documentos:
 - a. Talones de pago consecutivos más recientes, que cubran 4 semanas o 30 días
 - b. Declaración de impuestos del año anterior con todos los horarios
 - c. Si alguno está desempleado en el año en curso, proporcione la Declaración de Salarios de *Workforce Solution* y una carta de adjudicación de desempleo que muestre el monto máximo de beneficios e historial de pago para cada reclamo
 - d. Carta de beneficios de jubilación o Seguro Social del año actual. Los ejemplos incluyen: Ingresos del Seguro Social (SSI), Ingresos del Seguro Social por Incapacidad (SSDI), y/o Ingresos por Incapacidad de Sobrevivientes de Jubilación (RSDI)
 - e. Carta(s) de pago de manutención infantil
 - f. Carta legible firmada y fechada por el empleador(es) si se paga en efectivo, indicando:
 - Cantidad y frecuencia de pago
 - Nombre del empleador
 - Número de teléfono del empleador
 - g. Si no se reportan ingresos, una Declaración de Apoyo Financiero completa y firmada de la persona/organización que lo apoya. La Declaración de Apoyo Financiero debe ser completada por la persona que apoya financieramente al hogar
 - h. Comprobante de otros ingresos del hogar: pensión alimenticia, asistencia educativa (incluidas subvenciones, becas y préstamos), compensación para trabajadores, asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), pagos de veteranos, ingresos por pensiones o jubilaciones, ingresos por intereses o dividendos, ingresos por renta o regalías e ingresos de fincas o fideicomisos
 - i. Si usted trabaja por cuenta propia, le pagan en efectivo y no presenta impuestos, por favor complete la Declaración de Trabajo por su Cuenta Propia/ Ingreso en Efectivo proporcionada por el Departamento de Elegibilidad de Lone Star

Tenga en cuenta que seguimos las Pautas Federales de Pobreza establecidas por el gobierno de los EE.UU. para el año en curso, para determinar su elegibilidad. Este no es seguro de salud. El personal de elegibilidad se reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados con su solicitud. **La falsificación de cualquier información y/o documentación lo descalificará de recibir cualquier servicio bajo el Programa de Descuento de Pago.** Si su solicitud es aprobada, usted es responsable de notificar al Departamento de Elegibilidad de *Lone Star* sobre cualquier cambio en el ingreso o el tamaño del hogar dentro de los 10 primeros días de dicho cambio.

Aplicaciones se pueden entregar en persona en cualquiera de nuestras ubicaciones, por correo electrónico a eligibility@lonestarfamil.org o por correo a 605 S. Conroe Medical Dr., Conroe, TX 77304 atención: Departamento de elegibilidad



Application for Sliding Fee Discount Program

Aplicación para el Programa de Descuento de Pago

Applicant Information / Información del solicitante							
Phone Number (Please Circle Home or Cell) /Número de teléfono (circula casa o celular)				Email Address/ Correo electrónico			
Physical Address Dirección donde reside		City Ciudad		County Condado		State Estado	ZIP Código postal
Mailing Address (Street or P.O. Box) Dirección postal (Calle o P.O. Box)		City Ciudad		County Condado		State Estado	ZIP Código 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 doméstica, unión libre viviendo bajo un techo y que comparten ingresos, comida/renta, y puede incluir dependientes (estudiantes) que viven fuera de casa.							
Fill in line (1) with your information. Fill in the remaining lines for those who live in the household.							
Llene la primera línea con sus datos personales. Llene las líneas restantes con los datos de todas las personas que viven con usted.							
Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, nombre/s completo)	Relationship to you Parentesco	Date of Birth Fecha de nacimiento	Sex Sexo	Race/ Ethnicity Raza/ Etnicidad	Has Medicaid or CHIP? Tiene Medicaid o CHIP?	Annual Income Amount per person Ingresos Anual recibido por persona	PM Account Number (Office Only)
(1)	Self Aplicante					\$	
(2)						\$	
(3)						\$	
(4)						\$	
(5)						\$	
(6)						\$	
(7)						\$	
(8)						\$	
(9)						\$	
(10)						\$	
W -White/Blanca B -Black/Negra A -Asian/Asiática OPI -Other Pacific Islander/Otras Islas del Pacífico Alaska						Ethnicity / Etnicidad LH - Latino or Hispanic/ Latino o Hispano NH - Not Hispanic/ No Hispano	
Race / Raza 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/ Indios Americanos / Nativos de							

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government for the current year to determine your eligibility. The eligibility staff reserves the right to verify and determine the validity of all documents presented with your application. Falsification of any information and/or documentation will disqualify you from receiving services under the Sliding Fee Discount Program.

Payment is due and payable at the time of service. Re-qualification is required annually on your eligibility anniversary date to maintain participation in the program. The Sliding Fee Discount Program is not health insurance.

Tenga en cuenta que seguimos las Pautas Federales de Pobreza establecidas por el gobierno de los EE.UU. para el año en curso, para determinar su elegibilidad. El personal del Departamento de Elegibilidad se reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados junto con su solicitud. La falsificación de información o documentación lo descalificarán de recibir servicios bajo el Programa de Descuento de Pago.

El pago deberá realizarse al momento que usted recibe el servicio. Para mantener su participación en el Programa de Descuento de Pago, se requiere de una re-calificación anual durante la fecha de aniversario en la que aplicó. El Programa de Descuento de Pago no es un seguro médico.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT

ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTÉ 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.

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América, que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Acepto notificar a Lone Star Family Health Center sobre cualquier cambio de información dentro de los diez (10) días siguientes.

Applicant Signature/Firma del solicitante

Date/Fecha

**For Office Use Only
Sliding Fee Discount Program**

SFDP Approval Date _____ **Expiration Date** _____ **Denial Date** _____

Annual Income: _____ **HH:** _____ **Tier:** _____

Eligibility Specialist/ Date

Audited by/ Date

Comments:

BCCS Approval Date _____ **Expiration Date** _____ **Denial Date** _____

- New**
- Renewal**

- Entered in PM**
- Entered in Med-it**
- Entered in EHR**