

# Sliding Fee Discount Program

## *Requested Documents*

**Income and household size are the only eligibility criteria for the Sliding Fee Discount Program.**

A **household** consists of the following individuals living under one roof: the applicant, their spouse/partner, dependent children under 18 years of age, and anyone else under legal responsibility of the applicant or spouse/partner.

*Remember: Help is always available. Reach out to an eligibility specialist at [eligibility@lonestarfamily.org](mailto:eligibility@lonestarfamily.org) or 936-539-4004 for questions or assistance.*

### **SFDP Application**

- Completed applications are accepted in person at any Lone Star Family Health Center location or via email at [eligibility@lonestarfamily.org](mailto:eligibility@lonestarfamily.org)

### **Proof of Household Income**

For ***each household member:***

- 1) Income from work received within last 30 days:
  - Copy of Paystubs or Pay Statements (including tips if applicable)

**OR**

  - If self employed, a completed "Self-Employment Statement"

**OR**

  - If paid in cash, a completed "Employer Verification Form"
- 2) Other income received within last 30 days:
  - Most recent benefit award letter (Social Security, Disability, Retirement, Unemployment, Pension, Survivors)
  - Alimony/Child Support Receipts or Office of Attorney General report
  - Rental income documentation
  - Investment account statements

For households with **zero income:**

- A completed "Statement of Financial Support"

### **Proof of Address**

***One*** of the following that lists your address, dated within last 30 days:

- Utility bill (electric, gas, telephone/internet, cable) \*no cell phone bills accepted
- Rent receipt, printout, or copy of most recent lease agreement
- Current Driver's License or State ID
- Any personal or business mail or envelope (must include dated postal seal)

### **Proof of Household Size**

For ***each adult*** living in household:

- Copy of photo ID (Driver's License, State ID, Matricula Consular, Legal Permanent Resident Card, Employment Authorization Card, Passport, or Visa)

For ***each minor*** (under 18) living in household:

- Copy of Birth Certificate/Records with parent name that matches a listed household member (from any State/Country)
- Legal documentation to reflect adoption, guardianship, foster care



***[This page is intentionally left blank]***



# Sliding Fee Discount Program Application

Applicant Information			
Cell Phone Number	Home Phone Number	Email Address	
Physical Address		City	State Zip
Mailing Address		City	State Zip

## Household Information

A **household** consists of the following individuals living under one roof: the applicant, their spouse/partner, dependent children under 18 years of age, and anyone else under legal responsibility of the applicant or spouse/partner.

Please fill in line (1) with your information. Fill in the remaining lines for those who live in the household.

Name (Last, First, Middle)	Relationship	Date of Birth	Age	Sex	Race <sup>1</sup>	Ethnicity <sup>2</sup>	UDS <sup>3</sup>	Annual Income
(1)	Self/Applicant							\$
(2)								\$
(3)								\$
(4)								\$
(5)								\$
(6)								\$
(7)								\$
(8)								\$
(9)								\$
(10)								\$

### <sup>1</sup> Race (Please indicate race for **each** household member above)

- |  |                                  |                                     |                                 |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>A</b> – Asian Indian                    | <b>CH</b> – Chinese              | <b>K</b> – Korean                   | <b>S</b> – Samoan               |
| <b>AI</b> – American Indian, Alaska Native | <b>F</b> – Filipino              | <b>NH</b> – Native Hawaiian         | <b>U</b> – Unreported / Unknown |
| <b>B</b> – Black                           | <b>G</b> – Guamanian or Chamorro | <b>O</b> – Other Asian              | <b>V</b> – Vietnamese           |
|  | <b>J</b> – Japanese              | <b>OPI</b> – Other Pacific Islander | <b>W</b> – White                |

### <sup>2</sup> Ethnicity (Please indicate ethnicity for **each** household member above)

- |  |   |
|--|---|
| <b>AH</b> – Another Hispanic, Latino or Spanish Origin | <b>MX</b> – Mexican, Mexican American, Chicano      |
| <b>CU</b> – Cuban                                      | <b>NHL</b> – Not Hispanic, Latino or Spanish Origin |
| <b>PR</b> – Puerto Rican                               | <b>U</b> – Unreported / Unknown                     |

### <sup>3</sup> UDS (Please indicate which, if any, of the following statuses apply to any household member above)

- H** – Homeless
- VET** – Veteran
- MAW** – Migrant Agricultural Worker: primary employment is in agriculture and who establish a temporary home elsewhere.
- SAW** – Seasonal Agricultural Worker: primary employment is in agriculture on a seasonal basis but do not establish a home elsewhere.

**Please Read and Sign**

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government for the current year to determine your eligibility. 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.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America that the foregoing is true and correct and understand it may be confirmed through a third-party vendor. I further agree to notify Lone Star Family Health Center of any changes in this information within ten (10) days of such change.

\_\_\_\_\_  
Applicant Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**◇ For Office Use Only ◇**

SFDP Approval Date \_\_\_\_\_ Expiration Date \_\_\_\_\_ Denial Date \_\_\_\_\_

Annual Income: \_\_\_\_\_ HH: \_\_\_\_\_ Tier: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Eligibility Specialist/ Date

\_\_\_\_\_  
Audited by/ Date

Patient Account Number(s) for household members:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comments:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- New
- Renewal

- SFS entered in PM
- SFS entered in EHR
- Race/Ethnicity entered in PM
- UDS entered in PM

# El Programa de Descuento de Pago

## Documentos Solicitados

**Los ingresos y el tamaño del hogar son los únicos criterios de elegibilidad para el Programa de Descuento de Pago.**

Un **hogar** se compone de las siguientes personas que viven bajo un mismo techo: el solicitante, su cónyuge/pareja, hijos dependientes menores de 18 años y cualquier otra persona bajo la responsabilidad legal del solicitante o cónyuge/pareja.

*Recuerde: Ayuda siempre está disponible. Comuníquese con un especialista en elegibilidad en [eligibility@lonestarfamil.org](mailto:eligibility@lonestarfamil.org) o 936-539-4004 si tiene preguntas o necesita ayuda.*

### La Aplicación

- Las solicitudes completas se aceptan en persona en cualquier ubicación de Lone Star Family Health Center o por correo electrónico en [eligibility@lonestarfamil.org](mailto:eligibility@lonestarfamil.org)

### Comprobante de Ingresos del Hogar

*Por **cada miembro del hogar**:*

- Ingresos del trabajo recibidos en los últimos 30 días:
  - Copia de talones de pago o estados de cuenta de pago (incluidas las propinas, si corresponde)
  - 
  - Si trabaja por cuenta propia, una "Declaración de Empleo Propio"
  - 
  - Si se paga en efectivo, un "Verificación del Empleador" completo
- Otros ingresos recibidos en los últimos 30 días:
  - Carta de beneficios más reciente (Seguro Social, Incapacidad, Jubilación, Desempleo, Pensión, Sobrevivientes)
  - Recibos de pensión alimenticia/manutención infantil o informe de la Oficina del Fiscal General
  - Documentación de ingresos de alquiler
  - Estados de cuenta de inversión

Para hogares **sin ingresos**:

- Una "Declaración de apoyo financiero" completa

### Comprobante de Domicilio

*Uno de los siguientes que enumera su dirección, con fecha dentro los últimos 30 días:*

- Factura de servicios públicos (electricidad, gas, teléfono/internet, cable) \*no se aceptan facturas de teléfonos celulares
- Recibo de alquiler, copia impresa o copia del contrato de alquiler más reciente
- Licencia de conducir actual o identificación estatal
- Cualquier correo o sobre personal o comercial (debe incluir un sello postal fechado)

### Prueba del Tamaño del Hogar

*Para **cada padre o adulto** que vive en el hogar:*

- Copia de identificación con foto (licencia de conducir, identificación estatal, matrícula consular, tarjeta de residente permanente legal, tarjeta de autorización de empleo, pasaporte o visa)

*Por **cada menor** (menor de 18 años) que vive en el hogar:*

- Copia del certificado/registros de nacimiento con el nombre de los padres que coincida con un miembro del hogar que figura en la lista (de cualquier estado/país)
- Documentación legal para reflejar adopción, tutela, cuidado de crianza



***[Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente]***



# Aplicación para el Programa de Descuento de Pago

Información del solicitante				
Numero de celular		Numero de teléfono de hogar		Correo electrónico
Dirección donde reside			Ciudad	Estado Código Postal
Dirección postal (Calle o P.O. Box)			Ciudad	Estado Código Postal

## Información del Hogar

Un **hogar** se compone de las siguientes personas que viven bajo un mismo techo: el solicitante, su cónyuge/pareja, hijos dependientes menores de 18 años y cualquier otra persona bajo la responsabilidad legal del solicitante o cónyuge/pareja.

Llene la línea (1) con su información. Llene las líneas restantes con los datos de todas las personas que viven con usted.

Nombre (Apellido, nombre(s) completo)	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Raza <sup>1</sup>	Ethnicidad <sup>2</sup>	UDS <sup>3</sup>	Ingreso Anual
(1)	Aplicante							\$
(2)								\$
(3)								\$
(4)								\$
(5)								\$
(6)								\$
(7)								\$
(8)								\$
(9)								\$
(10)								\$

### <sup>1</sup> Raza (Indique la raza de cada miembro del hogar arriba)

<b>A</b> – Indio asiático	<b>CH</b> – Chino	<b>K</b> – Coreano	<b>S</b> – Samoano
<b>AI</b> – Indio Americano, Nativo de Alaska	<b>F</b> – Filipino	<b>NH</b> – Nativo de Hawái	<b>U</b> – No declarada/Desconocida
<b>B</b> – Negro	<b>G</b> – Guameña o Chamorro	<b>O</b> – Otro asiático	<b>V</b> – Vietnamita
	<b>J</b> – Japonés	<b>OPI</b> – Otras Islas del Pacífico	<b>W</b> – Blanca

### <sup>2</sup> Etnicidad (Indique la etnicidad de cada miembro del hogar arriba)

<b>AH</b> – Otro hispano, latino o de origen español	<b>MX</b> – Mexicano, Chicano
<b>CU</b> – Cubano	<b>NHL</b> – No hispano, latino/a o de origen español
<b>PR</b> – Puertorriqueño	<b>U</b> – No declarada/Desconocida

### <sup>3</sup> UDS (Indique cual, si corresponde, de los siguientes estatus se aplica a cualquier miembro del hogar arriba)

<b>H</b> – Sin hogar
<b>VET</b> – Veterano(a)
<b>MAW</b> – Trabajador agrícola migratorio: empleo principal es la agricultura y se establecen en un hogar temporal en otro lugar.
<b>SAW</b> – Trabajador agrícola temporada: empleo principal es a la agricultura de manera estacional pero que no establecen en un hogar temporal.

**Por favor lea y firme**

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. La falsificación de cualquier información y/o documentación lo descalificará para recibir servicios bajo el Programa de Descuento de Pago. El pago debería realizarse al momento que usted recibe el servicio. Se requiere una recalificación anual en la fecha de su aniversario de elegibilidad para mantener la participación en el programa. El Programa de descuento de Pago no es un seguro de salud.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América que lo anterior es verdadero y correcto y entiendo que puede ser confirmado a través de un proveedor externo. Además, acepto notificar a Lone Star Family Health Center sobre cualquier cambio en esta información dentro de los diez (10) días posteriores a dicho cambio.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**◇ For Office Use Only ◇**

SFDP Approval Date \_\_\_\_\_ Expiration Date \_\_\_\_\_ Denial Date \_\_\_\_\_

Annual Income: \_\_\_\_\_ HH: \_\_\_\_\_ Tier: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Eligibility Specialist/ Date

\_\_\_\_\_  
Audited by/ Date

Patient Account Number(s) for household members:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comments:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- New
- Renewal

- SFS entered in PM
- SFS entered in EHR
- Race/Ethnicity entered in PM
- UDS entered in PM





Employer Verification Form

Please have this form completed and signed by your employer only if paid in cash. Employees paid with checks must provide copies of pay stubs or pay statements received within the last 30 days.

Company Information

Company Name

Supervisor/Manager Name

Company Address

Telephone Number

EIN/TIN Taxpayer or Employer Identification Number (if applicable)

Employee (Applicant) Information

Employee Name

Hire Date

End Date (if applicable)

Position/ Job Title

Employee's current wages/salary \$ (check one below)

- Hourly\* Daily\* Weekly Bi-weekly Bi-monthly Monthly Seasonally\*\*

\*If paid hourly, average number of hours worked per week:

\*If paid daily, average number of days worked per week:

\*\*Please complete for seasonal employees only
Month season begins Month season ends
Seasonal monthly wages
Total months per year
Estimated annual wages:

The above information pertains to the employee's eligibility for the Sliding Fee Discount Program at Lone Star Family Health Center. By signing this form, I verify that the above information is true to the best of my knowledge.

Supervisor/Manager's Signature

Date

I authorize my employer to provide the requested information regarding my income to Lone Star Family Health Center.

Employee/ Applicant Signature

Date

## Verificación del Empleador

Haga que su empleador complete y firme este formulario solo si paga en efectivo. Los empleados a los que se les paga con cheques deben proporcionar copias de los talones de pago o estados de cuenta de pago recibidos dentro de los últimos 30 días.

### Información de la compañía

Nombre de la compañía

Nombre del supervisor/gerente

Dirección de la compañía

Número de teléfono

EIN/TIN Número de identificación del contribuyente o empleador (si corresponde)

### Información del empleado (solicitante)

Nombre de empleado

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de contratación

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha final (si corresponde)

Posición/Título del trabajo

Sueldo /salario actual del empleado \$ \_\_\_\_\_ (marque uno abajo)

Cada hora\*  Diario\*  Semanal  Quincenal  Bimensual  Mensual  Temporada\*\*

\*Si se paga por hora, número promedio de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

\*Si se paga diariamente, número promedio de días trabajados por semana: \_\_\_\_\_

**\*\* Complete solo para empleados temporales**

Mes temporada comienza \_\_\_\_\_ Mes temporada termina \_\_\_\_\_

Salario mensual de temporada \_\_\_\_\_

Meses totales por año \_\_\_\_\_

Salario anual estimado: \_\_\_\_\_

La información anterior se refiere a la elegibilidad del empleado para el Programa de Descuento de Pago en Lone Star Family Health Center. Al firmar este formulario, verifico que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del supervisor/gerente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Autorizo a mi empleador a proporcionar la información solicitada sobre mis ingresos a Lone Star Family Health Center.

Firma del empleado/solicitante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha



### Self-Employment Statement

\_\_\_\_\_  
 Name of person with self-employment income

\_\_\_\_\_  
 Date Completed

**Instructions:**

- List your income and allowable expenses for the last 30 days below.  
**Dates between** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **and** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.
- Must attach receipts and invoices or other documents to verify your self-employment income and allowable expenses.
- Complete one form for each member of your family who is self-employed.

**Allowable Expenses Include:**

- Labor (your employees)
- Fuel for equipment (such as lawn mowers, chain saws)
- Machinery and equipment repairs
- Office rent or lease and utilities (business use only)
- Supplies (such as paint brush, shovel, hammer)
- Vehicle expenses\* - repairs, insurance, and fuel (\* these expenses must be prorated based on the percent of the time that the vehicle is used for business related activities)

Date	Income Earned	Work Performed	Type of Allowable Expense	Amount of Expenses
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
Total Income	\$		Total Expenses	\$

Total Income \_\_\_\_\_  
 Subtract Total Expenses \_\_\_\_\_  
 Net Self-employment Income \_\_\_\_\_  
 Percentage of Ownership \_\_\_\_\_

The above information is true, correct, and complete to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
 Signature of person with self-employment income

\_\_\_\_\_  
 Business Phone Number



### Declaración de Empleo Propio

Nombre de la persona que tiene ingresos de empleo propio \_\_\_\_\_

Fecha completada \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

- Indique sus ingresos y gastos de los últimos 30 días.  
**Fechas entre** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ y \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.
- Incluya recibos, facturas, y otros documentos para confirmar que trabaja y tiene ingresos de empleo propio y de los gastos que tiene.
- Complete un formulario para cada persona de su familia que tiene empleo propio.

**Gastos permisibles:**

- Sueldo de su empleado (sus empleados)
- Combustible para equipo (segador de césped, cadena de aserrar)
- Maquinaria y arreglos de equipo
- Renta o arrendamiento de renta y utilidades (de negocio solamente)
- Provisiones (como brocha de pintura, pala, martillo)
- Gastos de vehículo\*- arreglos, a seguridad y combustible (\*estos gastos deben prorratearse en función del porcentaje de tiempo que se utiliza el vehículo para actividades relacionadas con el negocio)

Fecha	Ingresos de Gano	Trabajo que Hizo	Tipo de Gastos Permisible	Cantidad de Gastos
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
	\$			\$
Total de ingresos	\$		Total de gastos	\$

Total de ingresos \_\_\_\_\_

Reste el total de gastos \_\_\_\_\_

Ingresos Netos de Empleo Propio \_\_\_\_\_

Porcentaje de propiedad \_\_\_\_\_

Certifico que toda la información es verdadera, correcta y completa según mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona que tiene ingresos de empleo propio

\_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de la empresa



Eligibility Department  
Phone: 936-539-4004  
Eligibility@lonestarfamil.org

### Statement of Financial Support

If no reported income, the individual or organization that supports you must complete and sign this form.

Supporter Name: \_\_\_\_\_ Applicant Name: \_\_\_\_\_

Date you began supporting the applicant: \_\_\_\_\_

How long will you be supporting him/her? \_\_\_\_\_

Do you give him/her room and board?  Yes  No

Do you give him/her additional financial help?  Yes  No

If yes, how much? \$ \_\_\_\_\_

- Weekly
- Bi-Weekly
- Monthly

My relationship to client is \_\_\_\_\_. I understand that I am not responsible for client's medical bills unless I have a legal responsibility to support them.

I acknowledge the above information is true to the best of my knowledge. I understand that if any such information is found to be false, client may be disqualified from Sliding Fee Discount Program at Lone Star Family Health Center.

Printed Name of Supporter \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Supporter \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

---

### Homeless Attestation

I attest that I am a homeless individual (sleeping in a place not meant for human habitation, i.e., street/car), unhoused (couch surfing), or living in an emergency shelter.

Monthly Income received, if any: \$ \_\_\_\_\_ Type of Income:  Social Security  Employment  
 Cash Donations  Other: \_\_\_\_\_

I acknowledge the above information is true. If there are changes to my living conditions, household status or income I have 10 days to notify Lone Star Eligibility Department with such change. I understand that if any such information is found to be false, client may be disqualified from Sliding Fee Discount Program at Lone Star Family Health Center.

Printed Name of Applicant \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Applicant \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

---

### OFFICE USE ONLY

Date Received \_\_\_\_\_ Copy of ID \_\_\_\_\_ Staff Initials \_\_\_\_\_



Declaración de apoyo financiero

Si no reportó ingresos, la persona u organización que lo apoya debe completar y firmar este formulario.

Nombre de quien le brinda apoyo: Nombre de solicitante:

Fecha en la que comenzó a apoyar al solicitante:

¿Cuanto tiempo va estar apoyando a el/ella?

¿Le das alojamiento y comida? Sí No

¿Le da ayuda financiera adicional? Sí No

Si, ¿cuánto adicional? \$

- Semanal
Quincenal
Mensual

Mi relación con el cliente es. Entiendo que no soy responsable de los gastos médicos del cliente a menos que tenga una responsabilidad legal para apoyarlos.

Reconozco la información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento Entiendo que si dicha información se encuentra que es falsa, el cliente puede ser descalificado de los servicios de descuento de la clínica Lone Star Family Health Center.

Nombre de quien le brinda apoyo Fecha:

Firma de quien le brinda apoyo

Número de teléfono:

Atestación de personas sin hogar

Doy fe de que soy una persona sin hogar (duermo en un lugar que no está destinado a ser habitado por humanos, es decir, calle/automóvil), sin vivienda (alojarse en sofá de casas de amigos/parientes debido a no tener casa propia) o que vive en un refugio de emergencia.

Ingreso mensual recibido, si alguno: \$ Tipo de ingreso: Seguro Social Empleo
Donaciones en efectivo Otro:

Reconozco que la información anterior es verdadera. Si hay cambios en mis condiciones de vida, estado del hogar o ingresos, tengo 10 días para notificar dicho cambio al Departamento de Elegibilidad de Lone Star. Entiendo que si se determina que dicha información es falsa, el cliente puede ser descalificado del Programa de descuento de pago en Lone Star Family Health Center.

Nombre del solicitante Fecha:

Firma del solicitante

Número de teléfono:

OFFICE USE ONLY

Date Received Copy of ID Staff Initials