

PATIENT FINANCIAL AGREEMENT

Our Mission is to improve the health of our community by providing high quality, caring, culturally appropriate health care that addresses the needs of people regardless of their ability to pay.

To fulfill this mission we must partner with our patients in sharing the cost of providing care. If you have the insurance (Medicare, Medicaid, or Private Insurance), please provide that information to the front desk staff. If you do not have insurance, we have a sliding scale discount.

Patients may qualify for a discount if they provide the information required below.

A more complete description of this program and process is included in the Patient Handbook.

- I choose not to provide income information and understand that I will be responsible for full payment of service.

If you choose to apply for the Sliding Scale Discount, please provide one of the following:

- A copy of the last two month's pay, unemployment or benefit check stubs for every working or unemployed member that contributes to your household income; or, if you are not paid by check, a letter from your employer with your rate of pay, your hours worked per week and your gross monthly income.

OR

- If self-employed, a copy of your last quarterly state business tax return.

OR

- Provide self declaration of how your basic living needs have been met for the last two months (Please attach a brief explanation as to how these needs have been met). If you are a full-time student, please provide a copy of student registration.

Please provide this information within 30 days of today's visit, to qualify for your discount.

Thank you!

How many people in your household are supported by your income, including yourself: _____

If you want to fill out this form for others in your household, please complete the reverse side.

I understand the above information and agree to provide the requested information* to receive a discount. I understand that if I don't provide the information within 30 days, I will be billed at full fee.

Patient Name: _____ Date: _____
Please Print First and Last Name

Patient Signature: _____

* This information needs to be updated at least annually or when it changes.

Please provide income information for a discount:

Annual Income: \$	# in Household:
--------------------------	------------------------

Other Household Members are:

Name:	Birthdate:	Relationship to you:

Return Completed Form and Income Information to:

Country Doctor Community Health Centers
ATTN: Billing Department
2101 East Yesler Way, Suite 210
Seattle, WA 98122
PHONE: 206-299-1942 and FAX: 206-299-1920

For Office Use Only

Flat Fee:		MR#:	
Initials:		Date:	

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Nuestra misión es mejorar la salud de nuestra comunidad proporcionando atención a la salud de alta calidad y culturalmente apropiada que tome en cuenta las necesidades de las personas sin consideración de su habilidad de pagar.

Para cumplir esta misión debemos trabajar en conjunto con nuestros pacientes compartiendo el costo de proporcionar la atención. Si tiene seguro (Medicare, Medicaid, Seguro Privado) por favor proporcione esa información al personal del mostrador de recepción. Si no tiene seguro, tenemos un descuento de acuerdo a los ingresos.

Los pacientes pueden calificar para un descuento si proporcionan la información requerida a continuación. Una descripción más completa de éste programa y proceso se incluye en el Manual del Paciente.

- Yo elijo no proporcionar la información de ingresos y entiendo que seré responsable por el pago total de los servicios.

Si usted elije/decide aplicar para el programa de descuento de acuerdo a sus ingresos, por favor proporcione uno de los siguientes:

- Una copia del pago de los últimos 2 meses, beneficios de desempleo ó talones de cheques de beneficios para cada miembro de su hogar que trabaja ó que esta desempleado; ó si no pagan por cheque, una carta de su empleador con su tasa de pago, sus horas de trabajo por semana y sus ingresos brutos mensuales.

Ó

- Si esta empleado por cuenta propia, una copia de su declaración trimestral de impuestos de negocio del estado.

Ó

- Mis necesidades básicas de vida, tales como vivienda, alimentos y servicios públicos han sido cubiertas y pagadas por los últimos dos meses: (Por favor proporcione una explicación breve acerca de como se han cubierto éstas necesidades. Si es estudiante de tiempo completo, por favor proporcione una copia del registro de estudiante.

**Por Favor Proporcione Esta Información Dentro De 30 Días
De La Visita De Hoy Para Calificar Por Algun Descuento. Gracias!**

Cuantas personas mantiene en su hogar con sus ingresos, incluyendose a usted: _____

Si desea llenar este formulario para otros en su hogar, por favor llene el reverso.

Entiendo la información anterior y estoy de acuerdo en proporcionar la información requerida* para recibir un descuento. Entiendo que si no proporciono la información dentro de 30 días, se me cobrara la tarifa completa.

Imprima el nombre del paciente: _____ La fecha de hoy: _____

Su Firma: _____

* Esta información necesita actualizarse por lo menos anualmente o cuando cambie.

**Favor De Proporcionar La Información De Su Ingreso
Para Calificar Por Un Descuento:**

Ingreso Anual: \$	# de Dependientes:
--------------------------	---------------------------

Otros Miembros Del Hogar son:

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación con usted:

Complete el formulario con la información de sus ingresos y envíelos a:

Country Doctor Community Health Centers
ATTN: Billing Department
2101 East Yesler Way, Suite 210
Seattle, WA 98122
PHONE: 206-299-1942 and FAX: 206-299-1920

For Office Use Only

Flat Fee:		MR#:	
Initials:		Date:	