

**Sterling Health Solutions, Inc.**

**Sliding Scale Eligibility Form**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Patient Address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Names of Other Family Members at Address:** \_\_\_\_\_

**Annual Household Income Estimate:** \_\_\_\_\_

The information I have provided is accurate as of today's date \_\_\_\_\_. I understand that providing false information on this form may lead to termination of me being a patient at any location of Sterling Health Solutions, Inc. I understand that a nominal fee of \$20 will be the minimum payment required at the time any service is rendered at any location of Sterling Health Solutions, Inc. I also understand that any lab service provided in the office will require an additional payment in advance, and that elective procedures are not provided on a sliding scale basis.

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SHS USE ONLY**

**Proof of income received:** \_\_\_\_\_

**Date proof provided:** \_\_\_\_\_

**SHS employee verifying income:** \_\_\_\_\_

**Date of verification:** \_\_\_\_\_

**Sterling Health Solutions, Inc.**

**Formulario de Elegibilidad Para Escala Decreciente**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombres de Otros Miembros de la Familia en esa Dirección:** \_\_\_\_\_

**Estimación Anual de Angresos del Hogar:** \_\_\_\_\_

La información que he proporcionado es exacta a partir de la fecha de hoy \_\_\_\_\_. Entiendo que el dar información falsa en este formulario puede resultar en mi terminación como paciente en cualquier lugar de Sterling Health Solutions, Inc. Entiendo que una tarifa nominal de \$ 20 será el pago mínimo requerido en el momento de cualquier servicio que se presta en cualquier lugar de Sterling Health Solutions, Inc. También entiendo que cualquier servicio de laboratorio proporcionado en el consultorio requerirá un pago adicional por adelantado, y que los procedimientos electivos no se proporcionan sobre una base de escala decreciente.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**USO PARA SHS SOLAMENTE**

**Prueba de ingresos recibida:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que la prueba fue proporcionada:** \_\_\_\_\_

**Empleado de SHS que verifica el ingreso:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la verificaci[on:** \_\_\_\_\_

**Sterling Health Solutions, Inc.**

**Self-Declaration Form  
Patient Information**

<b>Self-Declaration Form Patient Information</b>	
Patient's Name:	Patient D.O.B:
Address:	Phone Number:
<b>Declaration of Employment:</b> I _____ declare that my principal employment is in agriculture and that presently: <input type="checkbox"/> I am working <input type="checkbox"/> I am not working <input type="checkbox"/> I am homeless <input type="checkbox"/> I am a migrant/seasonal agricultural worker Employer Name: _____  Employer Address: _____	
<b>Declaration of Income and Family size:</b> I declare that my household income last (circle one) _____ month _____ year _____ was \$_____ and that my monthly family income is \$_____. I also certify that a total of _____ people (including spouse, children, parents, grandparents, etc.) are living in my household.	
I certify that the information that I provided is correct and I authorize the health center to use it. I understand that this information will be used to determine my eligibility for a Sliding Scale Discount, and if eligible, I will receive a temporary discount for health services for 1 year.	
Applicant Signature: _____ Date: _____	

**Sterling Health Solutions, Inc.**

Formulario de Auto declaración

<b>Información del Paciente</b>	
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Numero de telefono:
<b>Declaración del empleo:</b>  Yo, _____ declaro que mi principal empleo es en agricultura, y que actualmente estoy [ <input type="checkbox"/> ] Empleado o [ <input type="checkbox"/> ] Desempleado Nombre del patrón: _____ Domicilio del patrón: _____	
<b>Declaración del ingreso económico &amp; composición familiar:</b>  Yo declaro que el ingreso familiar [ <input type="checkbox"/> ] Mensual o [ <input type="checkbox"/> ] Anual es de \$ _____. También declaro que el número total de personas (esposo/a, compañeros, hijos, padres, abuelos, etc.) que viven en mi casa es de _____ personas.	
Yo certifico que la información aquí proporcionada es correcta y entiendo que la información será usada para determinar nuestra elegibilidad para el Programa de Salud para Trabajadores de la Agricultura ( <i>Migrant Health Program</i> ) y para determinar si soy elegible para recibir un descuento temporario ( <i>sliding scale discount</i> ) por los servicios de salud.  <b>Firma del solicitante:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	