



# GREATER BADEN MEDICAL SERVICES

Primary and Preventive Health Care

## Sliding Scale Fee Application

Aplicación de la Escala de Pago

Patient's Name/Date: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/Fecha

Name of Responsible Party: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable

Address: \_\_\_\_\_

Dirección

Street/Calle

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

List all household members (include responsible party): Haga una lista de todos los miembros de la familia (incluyendo la persona responsable):

Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:
Name: Nombre:	Date of birth/Día de nacimiento:	Employer/Empleador:
	Relationship/Parentesco:	Income/Salario:
		How often/Cuán frecuente:

### Acceptable Forms of Written Verification/Formas escritas aceptables para verificación:

- 2-4 Current Paycheck Stubs (2-4 Talonario de cheque)
- Disability Income (Ingreso de Discapacidad)
- Retirement/Pension (Retiro/Pensión)
- Federal Tax Return (Retorno de impuesto federal)
- Alimony Document (Documento de pensión alimenticia)
- Self-Employed Tax Return (Retorno de impuesto de trabajo propio)
- Child Support Document (Manutención de niño)
- Social Service Denial (Rechazamiento de servicios sociales)
- Trust Fund/Stock Income (Fuentes de acciones/Depósitos)
- Financial Letter on Company Letterhead from Employer (Carta financiera con el membrete de la compañía empleadora)



# GREATER BADEN MEDICAL SERVICES

Primary and Preventive Health Care

I certify that all the above information is true and complete to the best of my knowledge with the understanding that any false or incomplete statement of family size and/or financial information may result in loss of eligibility for all household members listed. Explanation was provided to me by a Greater Baden Medical Services staff member regarding the sliding fee procedure and I fully understand my financial obligation of medical services and/or testing until written verification is provided for each household member listed. Written verification for each source of income is required to qualify. Acceptable forms of written verification are listed above.

Yo certifico que toda la información que esta en este documento es verdadera y completa en lo mejor de mi conocimiento con el entendimiento de que cualquier información que sea falsa o incompleta en relación a el tamaño de la familia y/o la información financiera puede resultar en no ser elegible para todos los miembros de la familia que está en la lista. Un empleado de Greater Baden Medical Services me explicó el procedimiento con respecto a la escala de pago y entiendo completamente mi obligación financiera por los servicios médicos y/o los análisis hasta que se obtenga verificación escrita de cada miembro de la familia que está en la lista. Verificación escrita por cada fuente de salario es requerida para calificar. En la lista arriba se encuentra formas aceptables de verificación.

*I further understand that I have 10 business days to bring in written verification of income or I will be responsible for paying the full customary fee.*

*Además entiendo que tengo 10 días hábiles para traer por escrito la verificación de salario o seré responsable de pagar por completo la cuenta.*

\_\_\_\_\_  
Applicant's Signature/ Firma del Apicante

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

### GBMS Staff Use Only:

Patient referred to MD Health Connection: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Total Number of Household Members:	Total Annual Income of Family Unit:
<b>Medical and Dental Sliding Fee</b>	
Eligible Sliding Scale <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, Renews : 3 Months 1 Year
Sliding Scale Assigned to Patient <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Title X	Exp. Date: _____
Medical Sliding Fee Scale:	A <input type="checkbox"/> \$30 B <input type="checkbox"/> \$30 C <input type="checkbox"/> \$30 D <input type="checkbox"/> \$40 E <input type="checkbox"/> Full Charge
Dental Sliding Fee Scale:	A <input type="checkbox"/> \$40 B <input type="checkbox"/> \$45 C <input type="checkbox"/> \$50 D <input type="checkbox"/> \$55 E <input type="checkbox"/> Full Charge
Title X:	A <input type="checkbox"/> \$0 B <input type="checkbox"/> \$15 C <input type="checkbox"/> \$20 D <input type="checkbox"/> \$25 E <input type="checkbox"/> \$30 F <input type="checkbox"/> \$35 G <input type="checkbox"/> \$40 H <input type="checkbox"/> Full Charge
<b>RW Sliding Scale (Expires 6 months)</b>	
RW Dental Oral Exam:	A <input type="checkbox"/> \$0 B <input type="checkbox"/> \$20 C <input type="checkbox"/> \$25 D <input type="checkbox"/> \$30 E <input type="checkbox"/> \$35 F <input type="checkbox"/> \$40 G <input type="checkbox"/> \$45 H <input type="checkbox"/> Full Charge
RW Dental Procedure:	A <input type="checkbox"/> \$0 B <input type="checkbox"/> \$40 C <input type="checkbox"/> \$50 D <input type="checkbox"/> \$60 E <input type="checkbox"/> \$70 F <input type="checkbox"/> \$80 G <input type="checkbox"/> \$90 H <input type="checkbox"/> Full Charge
<b>Staff Member Signatures</b>	
Staff Signature:	Date:
Entered into registration by:	Date:

**\*DATE, SCAN AND RETURN ORIGINAL TO APPLICANT**

**Patient Portal**

Now you can safely and confidentially manage some of your health care needs on the eClinicalWorks Patient Portal. Please provide your email address below.

Patient's Email Address: \_\_\_\_\_

**Portal del paciente**

Ahora puede administrar de forma segura y confidencial algunas de sus necesidades de atención médica en el Portal del paciente de eClinicalWorks.

Proporcione su dirección de correo electrónico a continuación.

Dirección de correo electrónico del paciente

**Insurance Information**

Is the patient the guarantor (responsible party) for the bills associated with services received?  Yes

No

If yes, and patient is covered by insurance that should be billed for services provided, please present the insurance card to staff and complete the following:

**Información del seguro**

¿Es el paciente el garante (parte responsable) de las facturas asociadas con los servicios recibidos?  Sí

No

Si la respuesta es sí, y el paciente está cubierto por un seguro que debe facturarse por los servicios prestados,

presente la tarjeta del seguro al personal y complete lo siguiente:

**Guarantor's information**

I give permission for Greater Baden Medical Services, Inc. to bill my insurance company for covered services; and to exchange information necessary to secure payment for these services.

I also understand that I am responsible for any deductibles, copayments and if not covered I am responsible for the charges.

I understand that family planning services are voluntary and they are not a requirement for other GBMS services.

To the best of my knowledge, the above information is correct. I understand that if any of the above information changes, I will notify the Center as soon as possible.

I understand by signing this form I am granting permission for treatment for the patient.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Date

**información de los garantes**

Autorizo a Greater Baden Medical Services, Inc. a facturar mi compañía de seguros para los servicios cubiertos; e

intercambiar la información necesaria para asegurar el pago de estos servicios.

También entiendo que soy responsable de los deducibles, copagos y, si no están cubiertos, soy responsable de los

cargos.

Entiendo que los servicios de planificación familiar son voluntarios y están no es un requisito para otros servicios de GBMS.

Hasta donde yo sé, la información anterior es correcta. Entiendo que si alguna de la información anterior

cambia, notificaré al Centro lo antes posible.

Entiendo que al firmar este formulario estoy otorgando permiso para el tratamiento del paciente.

---

Firma del paciente o parte responsable \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_