



Lower Lights

Christian Health Center

Patient Registration/ Income Verification Registro de Paciente/Verificación de Ingresos

Name (Nombre) _____ DOB (Fecha de nacimiento) _____
 Address (Dirección) _____
 Home Phone (Teléfono de su casa) _____ Cell/Work phone (Teléfono celular o del trabajo) _____

Income verified: Date: _____ Initials: _____
 No Income Verified: Date: _____ Initials: _____
 Medicaid Eligibility: Eligible: _____ Not Eligible: _____ Pending: _____
 Referral made for Benefit Bank: _____
 Reviewed Office Policy for Non-payment: Date: _____ Initials: _____
 Reviewed Office Policy for No-Show: Date: _____ Initials: _____

Number of adults living in the home (Número de adultos que viven en su casa) _____
 Number of children 18 and under in the home (Número de niños menores de 19 años que viven en su casa) _____
 Your gross monthly earned income (Su ingreso bruto mensual) _____
 Your gross monthly unearned income (Child support, alimony, SSI, etc.) Otros ingresos mensuales (seguro social, pago de manutención para sus hijos, etc.) _____

Financial Determination (Determinación Financiera):

Pt. has: _____ Medicaid _____ Medicare _____ Commercial Insurance _____ No Coverage
 El paciente tiene: _____ Medicaid _____ Medicare _____ Seguro Privado _____ No tiene seguro

Sliding Fee: _____ \$10.00 _____ \$20.00 _____ \$30.00 _____ \$50.00 _____ Full Fee
 Tarifa reducida: _____ \$10.00 _____ \$20.00 _____ \$30.00 _____ \$50.00 _____ Completa

Lab fee: _____ \$5 _____ \$7 _____ \$9 _____ \$12 _____ Indigent _____ Medicaid Pending
 Costos de Laboratorio: _____ \$5 _____ \$7 _____ \$9 _____ \$12 _____ Indigente _____ Medicaid Pendiente

Effective Dates _____ to _____
 Fechas de Vigencia _____ a _____

Check stub, tax return or disability award letter copied and attached? Yes _____ No _____
 ¿Presentó talón de cheques, declaración de impuestos o carta de discapacidad?: Sí _____ No _____

If check stub not copied and attached, please check reason (Si no se anexa una copia del talón de cheques indique la razón):

- _____ First time visit/unaware of requirements (60 day limit-one time use)
 Primera visita / no sabía los requisitos (tiene 60 días para presentarlo)
- _____ No income (If checked, attach no income form)
 No recibo ningún ingreso en este momento (anexe la forma "no income")
- _____ Proof filed under another patients chart (eligibility and expiration the same as patient with proof filed) Name of chart _____
 Se presentó prueba de ingresos a través de otro paciente (misma expiración y condiciones)

I agree to pay my fee at the time of service. I further attest that, as of the date of my signature, the income source listed constitutes my entire household income, and that the family members listed are all solely dependent on that income. If we find you gave untruthful information on this application your sliding fee eligibility will be revoked!
 Estoy de acuerdo en pagar la cantidad especificada el día de mi consulta médica. Además testifico que estos datos son verdaderos, que los ingresos que declaro son todos los ingresos que recibo y que los familiares que aquí menciono dependen solamente de estos ingresos. Si encontramos que nos dio información falsa, su elegibilidad para la tarifa reducida sera revocada.

Signature Patient (Firma del paciente) _____ Date (Fecha) _____
 Signature of Case Manager (Trabajador(a) Social) _____ Date (Fecha) _____

Front Desk: Date received: _____ Date all requested fields entered: _____ Staff Initials: _____