



# Northwest Human Services Sliding Fee Application

If you have questions, please call 503-378-7526

Name:	Date of Birth:
Second Name:	Date of Birth:
Current Address:	Phone Number:

**Please Check If You Have Any Of The Following:**  
 Medicaid    Medicare    Private Insurance   Name of Insurance: \_\_\_\_\_

Please List All Person who Live in the Household	DOB	Relationship	Current Client of WSC or THCC		MR #:
			Y	N	
1 _____	/ /	Self	Y	N	
2 _____	/ /	Spouse	Y	N	
3 _____	/ /		Y	N	
4 _____	/ /		Y	N	
5 _____	/ /		Y	N	
6 _____	/ /		Y	N	

<b>Total # in Household</b>	_____
-----------------------------	-------

**Source of Income and Amount:**

<input type="checkbox"/> Wages for Employment _____	<input type="checkbox"/> Alimony and/or Child Support _____
<input type="checkbox"/> Social Security Benefits _____	<input type="checkbox"/> Pensions _____
<input type="checkbox"/> Unemployment Benefits _____	<input type="checkbox"/> AFS Assistance (Food Stamps) _____
<input type="checkbox"/> Disability Benefits _____	<input type="checkbox"/> Income from persons living with you _____
<input type="checkbox"/> Other Income Not Listed Above _____	

<b>Total of All Income:</b>	_____
-----------------------------	-------

I do hereby affirm that the information provided by me contained with this application is true and correct to the best of my knowledge. I agree that providing incorrect, or falsified or by omitting relevant information may disqualify me from the Sliding Fee Program.

If approved for the sliding fee program, I agree to comply with all program rules and regulations. This includes payment of required co-payment at each visit as outlined in the Sliding Fee Approval Process.

Applicant Signature: _____	Date: _____
Second Applicant Signature: _____	Date: _____

For Office Use Only:			
Account#	HCH	Medical	Dental
Date Application Reviewed / /	Verified by:		( ) 50%
Effective Date Range	Verified Date:		( ) 75%
Retroactive Date & Reason	Shelter Location:		
( ) Missing Docs	( ) Non-Compliant	( ) Denied	
_____ F/U appt scheduled:	Reason:		

Eligibility Coordinator Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Northwest Human Services Sliding Fee Application

Si usted tiene preguntas llaman por favor 503-378-7526

Nombre :	Fecha de nacimiento:
Segundo Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección :	Número de Teléfono:

**Porfavor Marque si tiene uno de los siguientes:**  
 Medicaid    Medicare    Private Insurance   Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Liste por favor a todas personas que viven en su casa	DOB	Relación	El Paciente de WSC		MR #:
1 _____	/ /	Usted mismo	Sí	No	
2 _____	/ /	Esposo	Sí	No	
3 _____	/ /		Sí	No	
4 _____	/ /		Sí	No	
5 _____	/ /		Sí	No	
6 _____	/ /		Sí	No	
<b>Tamaño de la Familia</b>					

**Fuente de Ingresos y Cantidad:**

<input type="checkbox"/> Salarios _____	<input type="checkbox"/> Manutención del menor/Alimonias _____
<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social _____	<input type="checkbox"/> Pensiones _____
<input type="checkbox"/> Compensacion por Desempleo _____	<input type="checkbox"/> Asistencia Publica (Food Stamps) _____
<input type="checkbox"/> Beneficios Discapacidad _____	<input type="checkbox"/> Los ingresos de personas que viven con usted _____
<input type="checkbox"/> Los otros ingresos no incluyeron _____	
<b>Ingresos Total:</b> _____	

Convengo que la información proporcionada por mí dentro de está aplicación es verdad y correcta al mejor de mi conocimiento. Convengo que proporcionar información incorrecta, falsa, o no proporcionar detalles importantes pueden descalificarme del programa del descuento.

Si aprobado para el programa del descuento, concuerdo en conformarme con todas reglas de programa y regulaciones. Esto incluye pago necesario en cada visita tal como plantea en el Proceso de Descuento.

Firma de Solicitante: _____	Fecha: _____
Firma de Segundo Solicitante: _____	Fecha: _____

Para Uso de Oficina Solamente:			
Account#	HCH	Medical	Dental
Date Application Reviewed / /	Verified by:		( ) 50%
Effective Date Range	Verified Date:		( ) 75%
Retroactive Date & Reason	Shelter Location:		
( ) Missing Docs	( ) Non-Compliant	( ) Denied	
_____ F/U appt scheduled:	Reason:		

Eligibility Coordinator Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_