INDIAN STREAM HEALTH CENTER

Sliding Fee Discount Program – Household Assessment Application

Dear Valued Patient,

You may be entitled to get financial help from Indian Stream Health Center by applying for our Sliding Fee Discount Program. This program will only cover services rendered at the health center and ISHC Pharmacy.

Please fill out the attached application completely and return it to the registration desk at the health center. It is important to list all members of the household in order to make sure you qualify for the correct discount.

Please bring with you your Proof of Income, which can be one of the following :

Award Letter
Bank Statement with Direct Deposit Income
Benefit Check
Child Support Check
Employer Earnings Statement
Pay Stubs
Tax Return

This application is specific to Indian Stream Health Center and is seperate from any financial assistance offered at any other facilities or health care organizations.

If you have any questions regarding ISHC's Sliding Fee Discount Program, or would like help filling out the application, please do not hesitate to contact ISHC's Outreach Department at (603) 388-2414 or (802) 266-3340.

Le Programme de Réduction des Frais de Glissement

Cher Patient,

Vous pourriez avoir le droit d'obtenir une aide financière de Indian Stream Health Center (ISHC) en appliquant pour notre programme de rabais sur les frais de glissement. Ce programme ne couvrira que les services rendus à ISHC et à la pharmacie de ISHC.

Veuillez remplir au complet la demande ci-joint et la retourner à la réceptionniste. It est emportant de lister tous les membres de la famille afin de vous assurer que vous avez doit à la bonne réduction.

S'il vous plait apporter avec vous votre preuve de revenu qui peut être l'un des suivants :

Lettre d'attribution
Relevé bancaire avec dépôt direct
Chèque de prestations
Chèque de pension alimentaire
Relevé de compte employeur
Des fiches de paie
Déclaration d'impôt

Cette application est spécifique à ISHC et est distincte de toute aide financière offerte dans tout autre établissement ou organisation de santé.

Si vous avez des questions concernant le programme de réduction des frais de glissement de l'ISHC ou si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir la demande, n'hésitez pas à contacter le service de sensibilisation de l'ISHC a (603) 388-2414 ou (802) 266-3340.

Demande D`évaluation du Ménage

Chef de ménage: ____

Prénom deuxième Nom Nom de Famille

Date de Naissance: ____/____/______ Numéro de Sécurité Sociale: _____-____-______

Nombre d`enfants d`accueil : ___________ _____ Nombre d`enfants à naître: ________________________

Adresse de Rue : ____

Ville :______________________________________ Etat :___________ Code Postal ___________

Le Revenu:_______________________________________ Preuve de Revenu :___________________________

La Fréquence (Encerclez une seule) : Par Jour Par Semaine A Les Deux Semaine Par Mois Annuellement

---

<u>Membres du Foyer – Veuillez dresser la liste de tout le monde dans le ménage</u>

Nom : ____

Prénom deuxième Nom Nom de Famille

Date de Naissance: ____/____/______ Numéro de Sécurité Sociale: _____-____-______

Le Revenu:_______________________________________ Preuve de Revenu:___________________________

La Fréquence (Encerclez une seule) : Par Jour Par Semaine A Les Deux Semaine Par Mois Annuellement

---

Nom : ____

Prénom deuxième Nom Nom de Famille

Date de Naissance: ____/____/______ Numéro de Sécurité Sociale: _____-____-______

Le Revenu:_______________________________________ Preuve de Revenu:___________________________

La Fréquence (Encerclez une seule) : Par Jour Par Semaine A Les Deux Semaine Par Mois Annuellement

---

Nom : ____

Prénom deuxième Nom Nom de Famille

Date de Naissance: ____/____/______ Numéro de Sécurité Sociale: _____-____-______

Le Revenu:_______________________________________ Preuve de Revenu:___________________________

La Fréquence (Encerclez une seule) : Par Jour Par Semaine A Les Deux Semaine Par Mois Annuellement

---

<u>La Responsabilité Financière de L'accord</u>

Je / Nous autorisons ISHC à fournir à une compagnie d'assurance toutes les informations concernant mes antécédents médicaux, mon diagnostic et mon traitement ou ceux de mon enfant (le cas échéant) concernant mes demandes de prestations. Si toutefois, ledit assureur ne remplit pas cette obligation en totalité ou en partie, ou si je suis non assuré. Je / Nous acceptons d'être responsables des frais et des coûts impliqués dans le traitement du patient susmentionné. Je / Nous autorisons le paiement des prestations médicales à ISHC et comprenons que si mon compte doit être renvoyé à un avocat pour le recouvrement, je suis responsable de tous les frais et coûts encourus.

Date : ____/____/______ **Chef de Ménage Signature :____**

INDIAN STREAM
HEALTH CENTER

Household Assessment Application

Head of Household : ____

First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______ # of Foster Children :___________

# of Unborn Children :__________

Physical Address : ____

City :____ State :___________________ Zip ___________

Income :____ Proof of Income Provided :_____________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Additional Household Members – Please List Everyone in the Household

Name : ____

First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :_____________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Name : ____

First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :_____________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Name : ____

First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :_____________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Financial Responsibility Agreement

I/We hereby authorize ISHC to furnish all information regarding my medical history, diagnosis and treatment of myself or my child (if applicable) to an insurance company regarding my claims for benefits. If, however, said insurer fails to meet this obligation in whole or in part, or if I am non-insured, I/We agree to be responsible for the fee and cost involved in the treatment of the above named patient. I/We authorize payment of medical benefits to ISHC and further understand that should my account have to be referred to an attorney for collection that I am responsible for all fees and costs incurred therein.

Date : ____/____/______ Head of Household Signature :____

INDIAN STREAM
HEALTH CENTER

Additional Household Members Continued

Name : ____
First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :______________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Name : ____
First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :______________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Name : ____
First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :______________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Name : ____
First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :______________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually

---

Name : ____
First Middle Initial Last

Birthdate :____/____/______ SSN : _____-____-______

Income :____ Proof of Income Provided :______________________

Frequency of Income (Please Circle One) : Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Annually