

## Sliding Fee Discount Program Application

### Solicitud de Programa de Descuentos Escala Movil

<b>Applicant Information</b> / Información del solicitante	Were you affected financially by COVID-19? Yes/Si <input type="checkbox"/>
Preferred Language/¿Language Preferido? _____	Fue afectado financieramente por COVID-19? No <input type="checkbox"/>

<b>Applicant 's Name (Last, First, Middle)</b> Nombre del solicitante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)	<b>Email Address/ Correo electrónico</b>
--	--

<b>Home Phone Number/Número de teléfono (casa)</b>	<b>Cell Phone Number/ Número celular</b>
--	--

<b>Physical Address/ Dirección donde reside</b>	<b>City/ Ciudad</b>	<b>County/ Condado</b>	<b>State/ Estado</b>	<b>ZIP (Código postal)</b>
---	---------------------	------------------------	----------------------	----------------------------

<b>Mailing Address (Street or P.O. Box)</b> <i>Dirección postal (Calle o P.O. Box)</i>	<b>City/ Ciudad</b>	<b>County/ Condado</b>	<b>State/ Estado</b>	<b>ZIP (Código postal)</b>
---	---------------------	------------------------	----------------------	----------------------------

**Household información/Información del Hogar**

**Household Family includes:** All person related by blood, marriage, legal adoption or domestic partnership living under one roof who have income, food and/or rent, and may include dependents away at school.

**Hogar/Familiar a incluye:** Toda la familia de sangre, matrimonio, adopción legal o pareja doméstica, unión libre viviendo bajo un techo y que comparten ingresos, comida/renta, y puede incluir dependientes (estudiantes) que viven fuera de casa.

**Fill in line (1) with your information. Fill in the remaining lines for those who live in your household.**  
 Llene la primera línea con sus datos personales. Llene las líneas restantes con los datos de todas las personas que viven con usted.

Name (Last, First, Middle) <i>Nombre (Apellido, Nombre Completo)</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Applying? Yes/No <i>Aplicando? Si/No</i>	DOB <i>Fecha de nacimiento</i>	Age <i>Edad</i>	Sex <i>Sexo</i>	Race <i>Raza</i>	Ethnicity <i>Etnicidad</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>
(1)	<b>Self</b> <i>Yo mismo</i>							
(2)								
(3)								
(4)								
(5)								
(6)								
(7)								
(8)								

<b>Race / Raza</b>  <b>W-</b> White / Blanca <b>B-</b> Black/Negra declarada/Desconocida <b>A-</b> Asian/ Asiatico <b>OPI-</b> Other Pacific Islander/Otra Isla del Pacifico  <b>MOR-</b> More than one race/Mas de una raza <b>U-</b> Unreported/Unknown/No  <b>AI-</b> American Indian / Indio Americano <b>AN-</b> Alaskan Native/Nativo de Alaska	<b>Ethnicity / Etnicidad</b>  <b>LH-</b> Latino or Hispano <b>NH-</b> Not Hispanic  <b>S-</b> Single/Soltero/a <b>M-</b> Married/Casado/a <b>D-</b> Divorced/Divorciado/a <b>SP-</b> Separated/Separado/a <b>W-</b> Widowed/Viudo/a <b>DP-</b> Domestic Partner/Libre Union
---	---

**List All of the Household 's Income/** Anote todos los ingresos de la unidad familiar:

Name of person receiving income (18 years and older) <i>Nombre de la persona que recibe ingresos (18 años y mayores)</i>	Source of the income <i>Fuente del ingreso</i>	Amount received <i>Cantidad recibida</i>	How often is the income received? (Weekly, Every two weeks, twice a month, monthly) <i>¿Con que frecuencia recibe el ingreso? (Semanal, cada quincena, dos veces por mes, mensual)</i>
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

Does anyone in the household receive Medicaid/CHIP/Medicare/County Assistance Health Insurance/Dental Insurance? Whom? Please list below

Alguien en su hogar tiene Medicaid/CHIP/Medicare/Asistencia de Condado/Seguro Medico/Seguro Dental? Whom? Favor anotarlos abajo.

Yes/Si  No

Name of person insured <i>Nombre de la persona que tienen seguro medico</i>	Type of Medical Assistance <i>Tipo de Asistencia Medica</i>	Effective Date <i>Fecha Efectivo</i>	End Date <i>Fecha de vencimiento</i>
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government for the current year to determine your eligibility. TOMAGWA reserves the right to verify and determine the validity of all documents presented with your application. Falsification of any information and/or documentation will disqualify you from receiving services.

Contribution is due and payable at the time of service. Re-qualification is required annually on your eligibility anniversary date to maintain participation in the program. TOMAGWA Sliding Fee Discount Program is not health insurance. Please provide all supporting documentation within 30 days of your screening interview. It is imperative to keep all appointments for your continuation of medical care and as your patient responsibility please inform TOMAGWA at least 24-48 hours if you need to cancel your appointment.

Tenga en cuenta que seguimos las Guías Federales de Pobreza establecidas por el gobierno de los Estados Unidos para el año en curso, para determinar su elegibilidad. TOMAGWA reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados junta con su solicitud. La falsificación de información o documentación lo descalificarán de recibir servicios.

Su contribución deberá realizarse al momento que usted recibe el servicio para mantener su participación en TOMAGWA. Se requiere de una recalificación anual durante la fecha de aniversario en la que aplica. El Programa de Descuentos Escala Movil de TOMAGWA no se considera un seguro médico. Por favor de proporcionar todos sus documentos dentro de 30 días de su entrevista. Es importante de mantener todas sus citas médicas para brindarle continuación de su cuidado médico. Es la responsabilidad del paciente informar a TOMAGWA por lo menos 24-48 horas si tiene que cancelar su cita médica.

**BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT**

ANTES DE FIRMAR, ASEGURESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTE COMPLETA Y CORRECTA

I declare that all information is true and correct. I further agree to notify TOMAGWA of any changes in this information within ten (10) days of such change.  
 Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Acepto notificar a TOMAGWA sobre cualquier cambio de información dentro de los diez (10) días de cuando el cambio ocurrió.

Applicant Signature /Firma del solicitante

Date / Fecha