



TOMAGWA HealthCare Ministries

Sliding Fee Discount Program Required Documentation List

TOMAGWA HealthCare Ministries offers discounted services for all uninsured and under insured patients. **Discounts are approved upon the completion of the Sliding Fee Discount Program application and income verification.** Below is the required documentation list necessary to verify eligibility:

Proof of Identification:

- **For Adults: one of the following identifications with photo is required:**
Current Driver's License, TX Identification card, Legal Resident documents, Passport, Matricula Consular
 - **If no picture ID, bring two of the following:**
Birth Certificate, Social Security card, voter registration card, school records, Marriage License, Selective service card.
- For Children:**
Birth Certificate and Social Security card (if applicable)
Verification of Birth Facts from Hospital

Proof of Income (Must provide all that apply):

Earned Income:

- Copy of most recent paycheck stubs (last 30 days)
- TOMAGWA's Employer Form (form provided upon request to TOMAGWA staff)

Unearned Income:

- Social Security Disability Income (SSDI) and/or award letter
- Retirement Survivor Disability Income (RSDI) and/or retirement income award letter
- Alimony, pension, or other income
- Unemployment letter from Texas Workforce Commission
- Veteran's pension letter
- Recent food stamp letter from Texas Dept. of Human Services
- Child support award letter from Office of the Attorney General
- TOMAGWA's Presumptive Eligibility form (Attachment B; form provided upon request to TOMAGWA staff)
- TOMAGWA's Letter of Support (form provided upon request to TOMAGWA staff)

Self-Employment:

- TOMAGWA's Self-Employment declaration forms for last 60 days. (Form provided upon request to TOMAGWA staff)

*Eligibility information should be updated every year or whenever there are changes in household size, household income, or someone in your household obtains or loses medical coverage. **If the eligibility information is not updated, your account will be charged 100% of the cost for services until the required documentation is received.***

Sliding Fee Discount Program Application

Applicant 's Name (Last, First, Middle)		Email Address		
Home Phone Number		Cell Phone Number		
Physical Address	City	County	State	ZIP
Mailing Address	City	County	State	ZIP

Household information: Family members who are considered for the eligibility criteria for the sliding fee discount program include the following individuals who live in the same household:

- Patient
- Spouse (including same sex marriage recognized by US Jurisdiction)
- Any adult over the age of 18 within the household
- Children up to age 18 or up to 24 if a high school or college student
- Elderly patients that are dependent on their children for support or are claimed as dependents.

Name (Last, First)	Relationship	Applying? <i>Yes/No</i>	DOB	Age	Sex	Race	Ethnicity	Marital Status
(1)	Self							
(2)								
(3)								
(4)								
(5)								
(6)								
(7)								
(8)								

Race		Ethnicity		Marital Status	
B- Black or African American	PI- Nativ Hawaiian and Other Pacific Islander	HL Hispanic or Latino/a	D- Divorced	M- Married	
T- Two or more races	I- American Indian and Alaska Native	NH Not Hispanic	S- Single	SP- Separated	
W- White	A- Asian		W- Widowed	DP- Domestic Partner	

List all of the Household Income

Name of person receiving income (18 years and older)	Source of the income	Amount received	How often is the income received? (Weekly, Every two weeks, twice a month, monthly)
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			

Does anyone in the household receive Medicaid/CHIP/Medicare/County Assistance Health Insurance/Dental Insurance?
 Yes No

Please note that TOMAGWA follows 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. **You have 30 days or prior to your second visit to return all income documentation/verification to qualify for the sliding scale discounts.** 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.

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

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.

Applicant Signature	Date:
----------------------------	--------------



Programa de Escala de descuento Móvil

Lista de documentación requerida

TOMAGWA HealthCare Ministries ofrece servicios con descuento para todos los pacientes sin seguro y con seguro restringido. **Los descuentos se aprueban al completar la solicitud del Programa de escala de descuento móvil y la verificación de ingresos.** A continuación, se muestra la lista de documentación necesaria para verificar su elegibilidad:

Prueba de identificación:

- **Para adultos se requiere una de las siguientes identificaciones con foto:**

Licencia de Conducir vigente, Tarjeta de identificación del estado, Documentos de residente legal, Pasaporte o Matrícula Consular.

- **Si no hay identificación con foto, traiga dos de los siguientes:**

Acta de nacimiento, tarjeta del Seguro Social, tarjeta de registro de votantes, registros escolares, licencia de matrimonio, tarjeta del servicio militar.

Para Niños:

Acta de nacimiento y tarjeta del Seguro Social (si corresponde) o

Verificación de los datos de nacimiento del hospital.

Prueba de ingresos (Es necesario proporcionar todo lo que se aplica):

Ingresos Ganados:

- Copia de los talones de cheque más recientes (los últimos 30 días)
- Formulario del empleador de TOMAGWA (formulario proporcionado a petición del personal de TOMAGWA)

Ingresos no ganados:

- Ingresos por incapacidad del seguro Social (SSDI) y/o carta de concesión.
- Ingreso de pensión de sobrevivencia (RSDI) y/o carta de adjudicación de ingresos de jubilación.
- Pensión alimenticia, pensión u otros ingresos.
- Carta de desempleo de la Comisión Laboral de Texas
- Carta de pensión de veteranos
- Carta reciente de estampilla de comida del Departamento de Servicios Humanos de Texas.
- Carta de concesión de manutención infantil de la Oficina del fiscal general
- Formulario de su Posible Elegibilidad de TOMAGWA (Anexo B; formulario proporcionado a petición del personal de TOMAGWA)
- Carta de apoyo de TOMAGWA (formulario proporcionado por personal de TOMAGWA)

Trabajo por cuenta propia:

- Formulario de declaración de trabajo por cuenta propia de los últimos 60 días (Formulario proporcionado por personal de TOMAGWA)

La información de elegibilidad debe actualizarse anualmente o cada vez que haya cambios en el tamaño del hogar, en los ingresos del hogar o que alguien en su hogar obtenga o pierda cobertura médica. Si la información de elegibilidad no se actualiza, se le cobrará el 100% del costo de los servicios hasta que se reciba la documentación necesaria.

Solicitud de programa de Escala de Descuento Móvil

Nombre del solicitante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		Correo Electrónico		
Número de teléfono (casa)		Numero de celular		
Dirección donde reside	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Dirección postal (Calle o PO Box)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Información del hogar: Los miembros de la familia que son considerados para los criterios de elegibilidad para el programa de escala de descuento incluyen a las siguientes personas que viven en el mismo hogar:

- Paciente
- Cónyuge (incluido el matrimonio entre personas del mismo sexo reconocido por la jurisdicción de los Estados Unidos)
- Cualquier adulto mayor de 18 años dentro del hogar
- Niños de hasta 18 años o hasta 24 años o son estudiantes de secundaria o universitarios
- Pacientes ancianos que dependen de sus hijos para su apoyo o que se reclaman como dependientes.

Nombre (Apellido, Primer nombre completo)	Parentesco	¿Aplicando? <i>Si/No</i>	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Raza	Etnicidad	Estado Civil
(1)	Yo mismo							
(2)								
(3)								
(4)								
(5)								
(6)								
(7)								
(8)								

Raza		Etnicidad		Estado Civil	
B- Afroamericano	OPI- Hawaianos u otras islas del Pacifico	HL Hispano o latino	D-Divorciado/a	M-Casado(a)	
T- Dos o más razas	AI- indio/a americano/ Nativo de Alaska	NH No hispano	S- Soltero/a	SP- Separado	
W- Blanca	A- asiática		W- Viudo/a	DP- Unión Libre	

Escriba todas las personas que reciben ingresos

Nombre de la persona que recibe ingresos(18 años y mayores)	Fuente de Ingresos	Cantidad Recibida	¿Con que frecuencia se reciben los ingresos? (Semanal, Quincenal, Mensualmente)
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			

¿Alguien en el hogar recibe Medicaid/CHIP/Medicare/Seguro médico de asistencia del condado/ Seguro Dental?

Si No

Tenga en cuenta que TOMAGWA sigue las Pautas Federales de Pobreza establecidas por el Gobierno de los Estados Unidos para el año en curso para determinar su elegibilidad. TOMAGWA se reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados con su solicitud. La falsificación de cualquier información y/o documentación lo descalificara para recibir servicios.

La contribución es debida y pagadera en el momento del servicio. Se requiere la recalificación del servicio. Se requiere la recalificación anualmente en la fecha de aniversario de su elegibilidad para mantener la participación en el programa. El Programa de Escala de Descuento de TOMAGWA no es un seguro de salud. Tiene 30 días o antes de su segunda visita para devolver toda la documentación/ verificación de ingresos para calificar para la Escala de Descuentos. Es imperativo mantener todas las citas para su continuación de la atención médica y, como su responsabilidad del paciente, informe a TOMAGWA al menos 24-48 horas si necesita cancelar su cita.

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

Declaro que toda la información es verdadera y correcta. Además, acepto notificar a TOMAGWA de cualquier cambio en esta información dentro de los diez (10) días posteriores a dicho cambio.

Firma de solicitante:	Fecha:
------------------------------	---------------