



Aria Community Health Center

1000 Skyline Blvd. • P.O. Box 700 • Avenal, CA 93204 • Ph. 559 386-4500 • Fax 559 386-0550
a californi^hhealth⁺.center

Sliding Fee Program Qualification

Date: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

Weekly, Biweekly, Monthly, Annual Income: _____

How many members in Family: _____

Patient/Guardian Signature

Date

Effective Date: _____	Good Through: _____
Qualifies For: _____	Payment Amount: _____ *
_____ ACHC Representative Name	_____ ACHC Representative Signature

In order to continue participation in the sliding fee program, all required paperwork must be returned prior to your next visit. If the information is not received, you will be required to pay the actual cost of your visit and any additional labs. If you have any questions, please call the billing department. Billing Department: 559-386-4500

***I understand that the finance department will review all of the documentation provided and make a final determination of the amount I qualify to pay. It may change from the amount listed on this form.**

____ Avenal
Avenal CHC
1000 Skyline Blvd.
(559) 386-4500

____ Lemoore
Aria CHC
140 C Street
(559) 924-7005

____ Stratford
Aria CHC (Mobile 2)
20326 Main St.
(559) 386-4502

____ Kettleman City
Aria CHC (Mobile 1)
75 5th Street
(559) 386-4501

____ Riverdale
Aria CHC
3554 Mt. Whitney Ave
(559) 867-4000

www.AriaCHC.org



Aria Community Health Center

1000 Skyline Blvd. • P.O. Box 700 • Avenal, CA 93204 • Ph. 559 386-4500 • Fax 559 386-0550
a californiah⁺center

Calificación para programa de bajos ingresos

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ingresos semanales, bisemanales, mensuales, anuales: _____

Cuantos Miembros en la familia: _____

Firma de paciente/Guardián

Fecha

Fecha vigente: _____	Vigente hasta: _____
Califica para: _____	Total de pago: _____ *
_____	_____
ACHC Representative Name	ACHC Representative Signature

Para continuar participando en el programa de bajos ingresos, todos los documentos requeridos deben ser entregados antes de su próxima cita. Si la información no es entregada, usted tendrá que pagar el costo completo en su próxima cita y cualquier laboratorio adicional. Si tiene cualquier pregunta favor de llamar al departamento de finanzas. Departamento de finanzas: 559-386-4500

*** Yo entiendo que el departamento de finanzas verificará todos los documentos proveídos y hará una determinación final de la cantidad que califico para pagar. La cantidad puede cambiar de lo que se determine en esta aplicación.**

____ Avenal
Avenal CHC
1000 Skyline Blvd.
(559) 386-4500

____ Lemoore
Aria CHC
140 C Street
(559) 924-7005

____ Stratford
Aria CHC (Mobile 2)
20326 Main St.
(559) 386-4502

____ Kettleman City
Aria CHC (Mobile 1)
75 5th Street
(559) 386-4501

____ Riverdale
Aria CHC
3554 Mt. Whitney Ave
(559) 867-4000

www.AriaCHC.org