



SLIDING FEE PROGRAM QUALIFICATION

Aplicación para programa de bajos ingresos

Date / Fecha: _____
 Patient name/
 Nombre del paciente: _____
 Date of Birth/
 Fecha de nacimiento: _____
 Annual Household Income/
 Ingresos del hogar anuales: _____
 How many members in Family/Dependents/
 Cuantos Miembros en la familia: _____

(Attach dependents form/Forma de dependientes adjunta)

- Proof of Address/
Comprobante de domicilio
- Proof of Income
Comprobante de ingresos
(Talón de cheque)
- Identification/
Identificación
- Refused Medi-Cal/
Medi-Cal ha sido negado

Signature / Firma de paciente/Guardián

Date/ Fecha

Effective Date/
Fecha vigente: _____

Good Through/
Fecha vigente hasta: _____

Qualifies For/
Califica para: _____

Payment Amount/
Total de pago: _____ *

ACHC Representative Name

ACHC Representative Signature

In order to continue participation in the sliding fee program, all required paperwork must be returned within 30 days of this letter. 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

All forms due by _____ (Patient Initials)

Para continuar participando en el programa de bajos ingresos, todos los documentos requeridos deben ser entregados antes de que se cumplan 30 días a partir de la fecha de hoy. Si la información no es entregada, usted tendrá que pagar el costo completo de su cita y cualquier laboratorio adicional. Si tiene cualquier pregunta favor de llamar al departamento de finanzas. Departamento de finanzas: 559-386-4500

Todos los documentos tienen que ser entregados el día _____ (Iniciales del paciente)

***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.**

*** 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 Dental 1000 Skyline Blvd. (559) 386-4500	Avenal Aria CHC, AMC 148 Kings Sreet (559) 386-9000	Coalinga Aria CHC 191 E. Polk St. (559) 935-2100	Dinuba Aria CHC 271 N. L Street (559) 591-1820	Fowler Aria CHC 210 E Merced St. (559) 834-5341	Hanford Avenal CHC 329 W. 8th Street (559) 585-2500	Hanford WEE Dental 329 W. 8th St. (559) 587-2505	Hanford Adult Dental (Suite 102) 1320 Bailey Dr. (559) 585-6600	Kettleman City Aria CHC 304 Becky Pease St. (559) 386-4501	Lemoore Aria CHC 209/140 C Street (559) 924-7005	Lindsay Aria CHC 755 N. Sequoia Ave. (559) 562-9399
Lindsay Aria CHC (Suite 1) 781 N. Sequoia Ave. (559) 562-9399	Lindsay Aria CHC (Suite 2) 781 N. Sequoia Ave. (559) 562-9399	Lindsay OB (Suite 3) 781 N. Sequoia Ave. (559) 562-7799	Lindsay Lindsay Dental (Suite 4) 781 N. Sequoia Ave. (559) 562-9400	Porterville Aria CHC (OB) 575 W. Putnam Ave. (559) 784-6878	Porterville Aria CHC 229 W. Cherry Ave. (559) 789-0277	Porterville Aria CHC 591 W. Putnam Ave. (559) 784-5717	Porterville Dental Aria CHC Dental 581 W. Putnam Ave. (559) 782-0298	Porterville Aria CHC Peds. 569 W Putnam Ave. (559) 781-9301	Riverdale Aria CHC 3554 Mt. Whitney Ave. (559) 867-4000	
Riverdale Riverdale Dental 3554 Mt. Whitney Ave. (559) 419-0021	Stratford Aria CHC 20326 Main St. (559) 947-3500	Stratford Stratford Dental 20326 Main St. (559) 947-3505	Tulare Aria CHC (Suite F) 858 N Cherry St. (559) 688-2229	Tulare Aria CHC (Suite E) 858 N Cherry St. (559) 686-4766						