



### MCHC HEALTH CENTERS

A, B, C, D or E
Expires: _____

#### Solicitud/Cribado Financiero del Paciente

Plan de Pagos       Escala Móvil      Cuenta # \_\_\_\_\_

Hillside       Dora St.       Lakeview       Little Lake

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de Paciente: \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ANOTE A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR – PACIENTE, CONYUGE E HIJOS MENORES DE 18 AÑOS – POR QUIENES USTED ES RESPONSABLE FINANCIERAMENTE**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingreso mensual bruto
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
<b>Total Mensual</b>		_____

Yo/Nosotros declaramos que el ingreso bruto de nuestro hogar es: \$ \_\_\_\_\_

**Plan de Pagos**

Cantidad \$ \_\_\_\_\_ Pago inicial \$ \_\_\_\_\_

Pago mensual \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ meses

*Al firmar a continuación, estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por el tratamiento que recibo. También declaro, bajo pena de cometer perjurio, que las respuestas y los documentos que he proporcionado son correctos y verdaderos a mi mejor saber. Yo entiendo que se requiere efectuar el pago en el momento del servicio y, que si los pagos no se hacen oportunamente, el saldo pendiente de pago será enviado a una agencia de cobranza.*

**Pacientes que cuentan con una escala móvil y necesitan servicios de diagnóstico:** Yo autorizo a MCHC a divulgar esta información a otro proveedor de atención de salud para poder calificar para su programa de atención de beneficencia para las pruebas de diagnóstico ordenadas por los proveedores de MCHC.

Firma del Paciente	Fecha	Representante de Servicios Financieros	
<b>HILLSIDE HEALTH CENTER</b> 333 Laws Ave., Ukiah (707) 468-1010 hillsidehealthcenter.org	<b>DORA STREET HEALTH CENTER</b> 1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah (707) 468-1015 dorastreethealthcenter.org	<b>LAKEVIEW HEALTH CENTER</b> 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport (707) 263-7725 lakeviewhealthcenter.org	<b>LITTLE LAKE HEALTH CENTER</b> 45 Hazel St., Willits (707) 456-9600 littlelakehealthcenter.org



**MCHC HEALTH CENTERS**

A, B, C, D or E
Expires:

**Worksheet**

For MCHC Staff Use Only:

Family Size: \_\_\_\_\_

Total Monthly Gross Income \_\_\_\_\_

Total Annual Gross Income \_\_\_\_\_

Sliding Scale: \_\_\_\_\_ Expires: \_\_\_\_\_

PFS Representative (Name Printed)

**2023 Federal Poverty Guidelines / Sliding Fee Discount (SFD) Schedule**

Chart showing family size and annual income, to be used for determining patient sliding fee discount eligibility.

Sliding Scale:	A*	B	C	D	E	F
Incomes between:	≤ 100%	101% - 138%	139% - 150%	151% - 175%	176% - 200%	>200%

Family Size:						
1	\$14,580	\$20,120	\$21,870	\$25,515	\$29,160	>\$29,160
2	\$19,720	\$27,214	\$29,580	\$34,510	\$39,440	>\$39,440
3	\$24,860	\$34,307	\$37,290	\$43,505	\$49,720	>\$49,720
4	\$30,000	\$41,400	\$45,000	\$52,500	\$60,000	>\$60,000
5	\$35,140	\$48,493	\$52,710	\$61,495	\$70,280	>\$70,280
6	\$40,280	\$55,586	\$60,420	\$70,490	\$80,560	>\$80,560
7	\$45,420	\$62,680	\$68,130	\$79,485	\$90,840	>\$90,840
8	\$50,560	\$69,773	\$75,840	\$88,480	\$101,120	>\$101,120
For families / households with more than 8 persons	add \$5,140 for each additional person					

**HILLSIDE HEALTH CENTER**  
 333 Laws Ave., Ukiah  
 (707) 468-1010  
 hillsidehealthcenter.org

**DORA STREET HEALTH CENTER**  
 1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah  
 (707) 468-1015  
 dorastreethealthcenter.org

**LAKEVIEW HEALTH CENTER**  
 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
 (707) 263-7725  
 lakeviewhealthcenter.org

**LITTLE LAKE HEALTH CENTER**  
 45 Hazel St., Willits  
 (707) 456-9600  
 littl lakehealthcenter.org