

**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 _____	_____	_____
Total Mensual _____		

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 _____

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

**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)***2025 Federal Poverty Guidelines**

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
<i>Incomes between:</i>	≤ 100%	101% - 138%	139% - 150%	151% - 175%	176% - 200%	>200%
Family Size:						
1	\$15, 650	\$21,597	\$23,475	\$27,388	\$31,300	> \$31,301
2	\$21,150	\$29,187	\$31,725	\$37,013	\$42,300	>\$42,301
3	\$26,650	\$36,777	\$39,975	\$46,638	\$53,300	>\$53,301
4	\$32,150	\$44,367	\$48,225	\$56,263	\$64,300	>\$64,301
5	\$37,650	\$51,957	\$56, 475	\$65,888	\$75,300	>\$75,301
6	\$43,150	\$59, 547	\$64,725	\$75,513	\$86,300	>\$86,301
7	\$48,650	\$67,137	\$72,975	\$85,138	\$97,300	>\$97,301
8	\$54,150	\$74,727	\$81,225	\$94,763	\$108,300	>\$108,301
For families/households with more than 8 persons	add \$5,500 for each additional person					

HILLSIDE HEALTH CENTER333 Laws Ave., Ukiah
(707) 468-1010

hillsidehealthcenter.org

DORA STREET HEALTH CENTER1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah
(707) 468-1015

dorastreethealthcenter.org

LAKEVIEW HEALTH CENTER5335 Lakeshore Blvd., Lakeport
(707) 263-7725

lakeviewhealthcenter.org

LITTLE LAKE HEALTH CENTER45 Hazel St., Willits
(707) 456-9600

littl lakehealthcenter.org