Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

Income Verification and Discount Eligibility

As a Federally Qualified Health Center, we ask for income information from all our patients. We require verification of this information for patients requesting discounted services. All answers are confidential.

Patient Name:_____ **Date:** _____

Income and Family Size

Number of people living in your household: _____

The number of persons who live with you and who share income, food and rent. That number may include you, your spouse or partner, and any dependents. **Do not include** roommates you do not share expenses with.

Estimated household income:_____ ☐ **Monthly** ☐ **Annually**

Include money from work, unemployment, alimony and child support, Social Security checks, cash public assistance, and other monetary assistance. Do not include vouchers, SNAP, or other non-monetary income.

Discount Eligibility

Virginia Garcia offers a sliding fee discount program. Patients who want a sliding fee discount must provide proof of income. Common proofs of income include:

- Check stub(s)
- Last year's W-2 or tax return
- Self-Employment records
- Social Security/SSI statement
- Alimony/child support
- TANF/Cash assistance
- Written statement from employer on letterhead
- Unemployment statement
- VA Benefits
- Oregon Paid Leave benefit
- Bank statement

I understand that to receive a discount, I must provide proof of household income. If I do not provide proof of income, I will be responsible for the full fees. If I apply for a discount, it can also be applied to my insurance co-pays and deductibles. If I do not have proof of income, I will talk to the front desk or billing office to hear what my options are.

The information I provide on this form may be verified by VGMHC. The information is true and accurate to the best of my knowledge. I will notify the clinic if there are changes in my income or household size. I consent to the release of my information to pharmaceutical manufacturers or their designees to audit discounts if I receive medications under these discount programs. I understand that my eligibility for future discounts may change based on Income and Federal Poverty Level guidelines.

☐ I am requesting the discount described on this page. ☐ I am declining the discount described on this page.

_____ _____ _____

Patient or Guardian Signature | Printed Name | Date

VGMHC STAFF ONLY:

VGMHC Staff Printed Name:_____ **Scale:** ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** ☐ **D** ☐ **E** ☐ **RH**

☐ **Check this box if patient has state/public insurance and income information is for data collection only. Patients with private or commercial insurance who wish to receive a discount on their co-pay must provide proof of income.**

If patient is self-declaring (check one): ☐ **Agricultural Worker** ☐ **Homeless** ☐ **Unemployed** ☐ **Paid in Cash** ☐ **Other**

Describe source of income if self-declaring and uninsured:

The information on this form was collected by: ☐ **Verbal** ☐ **Electronic** ☐ **In Person**

Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

Verificación de ingresos y elegibilidad para descuentos

Como centro de salud calificado a nivel federal, solicitamos información sobre los ingresos de todos nuestros pacientes. Requerimos la verificación de esta información para los pacientes que solicitan servicios con descuento. Todas las respuestas son confidenciales.

Nombre del paciente:_____ **Fecha:** _____

Ingresos y tamaño de la familia

Número de personas que viven en su hogar: _____

El número de personas que viven con usted y que comparten ingresos, comida y alquiler. Ese número puede incluirlo a usted, su cónyuge o pareja y sus dependientes. No incluya compañeros de cuarto con quienes no comparte gastos.

Ingreso familiar estimado:_____ ☐ **Mensual** ☐ **Anual**

Incluya dinero del trabajo, desempleo, pensión alimenticia y manutención infantil, cheques del Seguro Social, asistencia pública en efectivo y otra asistencia monetaria. No incluya vales, SNAP u otros ingresos no monetarios.

Elegibilidad de descuento

Virginia García ofrece un programa de descuento de tarifa variable. Los pacientes que deseen un descuento de tarifa variable deben proporcionar un comprobante de ingresos. Las pruebas comunes de ingresos incluye:

- Talons de pagos de trabajo
- W-2 o declaración de impuestos del año pasado
- Registros de trabajo por cuenta propia
- Declaración del Seguro Social/ SSI
- Pensión alimenticia
- Manutención de los hijos
- TANF/Asistencia en efectivo
- Declaración escrita del empleador
- Declaración de desempleo
- Beneficios de VA
- Permiso Pagado de Oregon
- Extracto Bancario

Entiendo que para recibir un descuento, debo presentar prueba de ingresos del hogar. Si no proporciono prueba de ingresos, seré responsable de los honorarios completos. Si solicito un descuento, también se puede aplicar a los copagos y deducibles de mi seguro. Si no tengo comprobante de ingresos, hablaré con la recepción o con la oficina de facturación para saber cuáles son mis opciones.

VGMHC puede verificar la información que proporciono en este formulario. La información es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Notificaré a la clínica si hay cambios en mis ingresos o en el tamaño de mi hogar. Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información a los fabricantes farmacéuticos o sus designados para auditar los descuentos si recibo medicamentos bajo estos programas de descuento. Entiendo que los descuentos que reciba en el futuro pueden cambiar por mi ingreso y las reglas de pobreza del gobierno.

☐ Solicito el descuento descrito en esta página. ☐ No solicito el descuento descrito en esta página.

_____	_____	_____
Firma del paciente o/ guardian	Nombre en letra	Fecha

VGMHC STAFF ONLY:

VGMHC Staff Printed Name:_____ **Scale:** ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** ☐ **D** ☐ **E** ☐ **RH**

☐ **Check this box if patient has state/public insurance and income information is for data collection only. Patients with private or commercial insurance who wish to receive a discount on their co-pay must provide proof of income.**

If patient is self-declaring (check one): ☐ **Agricultural Worker** ☐ **Homeless** ☐ **Unemployed** ☐ **Paid in Cash** ☐ **Other**

Describe source of income if self-declaring and uninsured:

The information on this form was collected by: ☐ **Verbal** ☐ **Electronic** ☐ **In Person**