



P.O. Box 1978
Salisbury, MD 21802-1978
Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

POU asire k tout information egzat nan kont ou

Tanpri , retounen aplikasyon an imedyatman pou nou

APLIKASYON POU KA JWEN RABET

(APPLICATION FOR SLIDING FEE SCALE)

FOR OFFICE USE ONLY

_____ Verify SS# on Maryland Medicaid EVS Website (if applicable) _____
(Initial)

_____ Not Eligible at Time of Service – Print Out Sheet & Attach _____
(Initial)

Date: ____/____/____ ekri nimero Social Security ou _____

Ekri non ou : _____ ekri date ou fet : ____/____/____

Ki moun ki responsab / ekri non mari oswa madanm la : _____

Ekri date nessass mari oswa madanm la : ____/____/____

Moun ke responsab la / nimero social sekirite mari ouswa madanm la _____

Ki address ou : _____

Vil : _____ Eta : _____ Zip Code: _____ Telephone: _____

Eske ou menm oubyen pasyen ou reprezante a genyen asirans medical / avek denta? ☐ Yes ☐ No
Siw genyen asirans card la , tanpri bay receptionist lan li

Eskew aplike pou asistans medical ? ☐ Yes ☐ No

Siw kalifye pou asistans medical tanpri ban nou nimero a _____

Eskew ou c on residen nan State Maryland lan? ☐ Yes ☐ No

Siw **pa genyen asirans** Tanpri mande pou konseye edew ak on application

Ekew aplike pou MCHP (KI C PROGRAM SANTE POU TI MOUN)? ☐ Yes ☐ No

Eskew genyen State Maryland kat famacy pou ka achte medikamen? ☐ Yes ☐ No

Siw genyen kat la ba nou nimero a _____

Pouw kalifye pou asistans ak rabet Chesapeake HEALTH CARE ap bay la, li baze sou selon kob ou fe pou ane a, federal gen on momb d kob li konsidere ki ba pri e vale moun kob sa ap sipote , si li pa ase c konsa k wap ka kalifye pou rabet a. Genyen Sèten sous de revni k nou eskli nan kalkil k kay la vini avèk (gade anba a pou'n we)

Tanpri ekri non tout moun ki rete nan kay la (pwòp tèt ou, madanm' ou / oswa mariw , menaj ou, pitit ou, bofis ou / belfiw , timoun ke'w adopte legalman, jiska laj d 18 ans) epi mete kob tout moun ki nan list ki nan kay la kap touche.

Vini ak prouv ak tout kob ki antre nan kay nan 7 jou oubyen nan pwochen randevou kew genyen, nimpot sa ki vini anvan

Non'w	Relation	Date ou fet	Social Security # (si'l posib)	Reveni'w pou ane a
	Ou men'm			

Kòmantè: _____

Si pata gen okenn moun ki nan kay la kap touche, pou nou T ka itilize pou nou kalkile siw elijib **pou** rabè a/ ou pa , tanpri tcheke ti kare ki anba' a avek tout ti kare ki apwopriye nan Mwayen Sipò'w .

☐ Mwen deklare k tout moun lakay mwen pa gen okenn **REVNI**.

Tanpri sonje ke tout aplikasyon yo dwe mete ajou chak ane.

Documents Accepted as Proof of Income (POI):

- ☐ reci chek (pi piti yon : 1 reci chek)
- ☐ W2 Tax Form
- ☐ **Fòm deklarasyon tax ou#1040 (Line 7b) (revni total)**
- ☐ **Fòm deklarasyon tax ou#1040SR (Line 7b) (revni total)**
- ☐ Social Security (Staff: READ Contents of Letter)
- ☐ Chomaj (pou 6 mwa)
- ☐ Lèt kote'w ap travay

Si 'w declare k ou pa Gen Revni, Tanpri Tcheke Mwayen Sipò'w

- ☐ Andikap
- ☐ Sipò pou timoun
- ☐ Konpansasyon pou Travay o
- ☐ Lajan Kach leta ede'w tanporemen
- ☐ SSI (Revni Sekirite Siplemanè)
- ☐ Sekirite Sosyal andikap ou
- ☐ Lòt _____

Tanpri reponn kesyon sondaj sa yo:

Kob ki pi piti k Chesapeake Health Care chaje pou sevis medical ak sevis sante konpòtmantal la c \$25 li ye. .
Èske ou panse chaj sa (tcheke yon sèl): ☐ li jist / li ase ☐ li twò chè ☐ li ap anpeche m 'pou'm chèche swen.
Si ou tcheke "twò chè oswa li ap anpeche'w ' chèche swen" tanpri bay opinyon ou nan yon frè ki apwopriye:
\$ _____

E Frè ki pi ba CHC bay pou sèvis debaz, prevantif ak pi gwo sevis pou swen dental se \$ 40, \$ 60 ak \$ 85, respektivman. Èske ou santi chaj sa yo (tcheke youn): ☐ San Patipri / se ☐ Twò Chè ☐ Ta Anpeche'w Chèche Swen. Si ou tcheke "twò chè oswa ta anpeche'w chèche swen" tanpri bay opinyon ou nan yon frè ki apwopriye: \$ _____

Mwen sètifye anba sanksyon kont fo temwayaj, k deklarasyon ki anwo yo c vrè, yo egzat e yo rampli ak tout konesans mwen , e ak tout kwayans mwen

Siyati aplikan / garanti a

Date

FOR OFFICE USE ONLY

Has patient been referred to the Certified Application Counselor (CAC)?

☐ Yes

☐ No

Please write name of CAC: _____

Monthly: _____ X 12 = _____
in Household Gross 12 mo. Total Amount

Weekly: _____ X 52 = _____
in Household Gross 52 weeks Total Amount

Bi-Weekly: _____ X 26 = _____
in Household Gross 26 weeks Total Amount

Qualifying Level:

☐ Nominal

☐ Level I

☐ Level II

☐ Level III

Medical Receptionist Printed Name: _____

Medical Receptionist Signature: _____ Date: _____



P.O. Box 1978
Salisbury, MD 21802-1978
Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

RESPONSIBILITE AK DEKLARASYON FINANS ON PASYAN (STATEMENT OF PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY)

Mèsi paskew chwazy Chesapeake Health Care (CHC) pou swen medical ou. Nou fyè d chwa nou ke'w fè a. E nou pwomèt ou k nap ba'w meyè swen medical ke'w ap bezwen. Nap mande'w pou'w li rest infòmasyon sa'yo , pou'w ka kompwan pi byen règlemen ki konsène mou'n kap peye ak lajan yo, e mou'm kap paticipè nan rabè k kompany 'an ba'y la.

Tanpri pote antasyon ak expèktasyon CHC a, nou ret kwè tout infòmasyon ke'w ba'y c verite, c pou yo komplè, e c pou yo san foub. Infòmasyon konsènan d kombyen mou'n ki nan fanmi'w kap viv ave'w (i.e., tankou valè mou'n ki rapote nan intenasyonèl reveni sevis ou lè'w ap rampli income tax ou. Tankou ki vale kòb fanmi'w fè, èske'w touche Social Sekirite, 'w touche an-anploymen, SSI, eksetera !!!). Oud we ba'y tout infòmasyon sa'yo nan meyè d abilite'w, san mank . CHC ka chwazy pou mande'w lòt dokimen adisyonèl si k yo ta bezwen pou yo'ka determine si'w ap kalifye pou rabè k yo ba'y la. Epi ou responsab pou'w di CHC lè gen chanjmen nan sikonsans ou. Tankou si asirans ou chanje, si fanmi'w ogmante, oubyen diminye, si'w vin ap fè plis ou pi piti kòb eksetera.

(CHC) depann d infòmasyon k wap bay la, an konsènan d mwayen'w, ak kapasite finans ou, pou yo ka detèmine ki rabè kew kalifye pou sèvis k wap ran'n ou.

Se poutèt sa si (CHC) ta gen yon rezon pou yo ta sispèk k infòmasyon ke'w ba yo a pata Kòrèk, pata fin'n rampli, pata dwat, oubyen pata rapote chanjmen a lè, CHC ka pwan initiasyon pou yo kòmanse yon revizyon de estati finans ou. si yo jwenn ke'w bay enfòmasyon ki pa vre. Yo'ka voye tout bòdwo a ba'w pou'w peye e men'm fè'w pèdi rabè k yo t ba'w la.

Application Counselors Contact Info:

Francina Jones
Certified Application Counselor
fjones@chesapeakehc.org
Cell: 443-397-3980
Princess Anne Site: 410-651-1000, Ext. 1301

Deirdrie Givens
Certified Application Counselor
dgivens@chesapeakehc.org
Cell: 443-397-3906
Woodbrooke OB/GYN Site: 410-546-2424, Ext. 1887

Shawnice Hayman
Certified Application Counselor
shayman@chesapeakehc.org
Cell: 443-754-5193
Phillip Morris Dr. Site: 410-548-1747, Ext. 1535

Akyra James
Certified Application Counselor
ajames@chesapeakehc.org
Cell: 443-397-7698
Woodbrooke Adult Site: 410-546-6650, Ext. 1114

Applicant Signature

Date

Applicant Printed Name

Date of Birth

KONSANTMAN POU REDWI PRI LABORATWA
(INFORMED CONSENT FOR REDUCED LAB FEES)

Non pasyan'an _____ date de nessans ou ____/____/____

Mwen ba'y Chesapeake Health Care (CHC) konsantmanm pou'l fè travay laboratwa pou mwen. Mwen konprann ke'm ap resevwa rabè pou frè laboratwa a, depi'm peye menm jou k sèvis la fèt la. Si peyman pa resevwa menm jou sèvis la, mwen kompwan k map resevwa on bòdwo e k mwen responsab pou peye LabCorp ak on pwi ki pi ro. E sim couvri amba asirans mwen, gen on ti pati poum vini avek li tou. Si konfimasyon adisyonèl, ta reflèkte/ oubyen LabCorp ak / oswa moun kap bay sevis la ta wè li nesesè pou yo ajoute sou test la ". Mwen kompwan k kanè mwen ap chaje pou egzamen sa nan pri rabè a.

Patient or Legal Guardian – *please print*

Patient Signature or Legal Guardian

Date

CHC Witness – *please print*

CHC Witness Signature

Date