



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: ____/____/____ Nimewo Sosyal Sekirite/ITIN Pasyan an _____

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

Eskew 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 , tampri tcheke ti kare ki anba' a avek tout ti kare ki apwopriye nan Mwayen Sipò'w .

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

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

Dokiman aksepte kòm prèv revni (POI):

- ☐ Aktyel souch peman-nan denye 90 jou
(Minimom 1 souch peman)
- ☐ W2 fòm taks
- ☐ Fòm deklarasyon tax ou#1040 (Line 9) (revni total)
- ☐ Fòm deklarasyon tax ou#1040SR (Line 9) (revni total)
- ☐ Sekirite Sosyal (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
- ☐ Lajan Kach leta ede'w tanporemen
- ☐ SSI (Revni Sekirite Siplemanntè)
- ☐ Sekirite Sosyal andikap ou
- ☐ Viv ak lòt manm fanmi an
- ☐ 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 $\frac{12}{12 \text{ mo.}}$ = _____
in Household Gross Total Amount

Weekly: _____ X $\frac{52}{52 \text{ weeks}}$ = _____
in Household Gross Total Amount

Bi-Weekly: _____ X $\frac{26}{26 \text{ weeks}}$ = _____
in Household Gross Total Amount

Annual: _____ X $\frac{1}{1 \text{ year}}$ = _____
in Household Gross Total Amount

Qualifying Level:

☐ Nominal

☐ Level I

☐ Level II

☐ Level III

Medical Receptionist Printed Name: _____ Site: _____

Medical Receptionist Signature: _____ Date: _____



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

DEKLARASYON RESPONSABILITE FINANSYÈ PASYAN (STATEMENT OF PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY)

Mèsi paske w te chwazi Chesapeake Health Care (CHC) pou bezwen swen sante w yo. Nou onore pa chwa ou epi nou pran angajman pou ba ou pi bon kalite swen sante. Nou mande w li enfòmasyon sa yo pou w konprann règleman nou an konsènan pasyan ki peye tèt yo ak rabè nan echèl frè glisman ke nou ofri, jan sa a:

Tanpri sonje ke CHC espere enfòmasyon ou bay pou aplike pou rabè frè glisman an se vre, konplè epi egzat. Enfòmasyon w ap bay konsènan gwosè fanmi w (sa vle di, jan konpozisyon fanmi w ta dwe rapòte nan yon deklarasyon taks IRS) ak revni anyèl brit fanmi w, ki soti nan tout sous (pa egzanp, revni ou touche, benefis Sekirite Sosyal, SSI, chomaj), benefis, elatriye), yo dwe kòrèk selon sa w konnen. CHC gendwa mande plis enfòmasyon, si sa nesèsè, pou detèmine kalifikasyon. Ou responsab tou pou notifiye CHC san pèdi tan sou chanjman nan asirans, revni fanmi oswa gwosè.

CHC konte sou enfòmasyon konsènan sitiyasyon finansye w ak mwayen w ak kapasite w pou w peye pou w ka detèmine rabè ki aplikab pou sèvis yo ba w.

Kidonk, si CHC gen rezon pou l sispèk enfòmasyon ou bay yo pa vrè, enkonplè oswa ki pa kòrèk oswa si w pa rapòte chanjman kòrèkteman, CHC ka kòmanse yon revizyon sou sitiyasyon finansye w. Si yo jwenn ou te bay enfòmasyon ki pa vre, yo ka voye bòdwo w pou nenpòt rabè ou te resevwa epi pètèt pèdi kalifikasyon pou pwogram frè glisman an.

Enfòmasyon pou Konseye Aplikasyon yo Kontakte:

Francina Jones Sètifye Aplikasyon Konseye (Flote) fjones@chesapeakehc.org Selil: 443-397-3980	Deirdrie Givens Sètifye Aplikasyon Konseye dgivens@chesapeakehc.org Selil: 443-397-3906 Sit Woodbrooke OB/GYN: 410-546-2424, Ext. 11887
Shawnice Hayman Sètifye Aplikasyon Konseye shayman@chesapeakehc.org Selil: 443-754-5193 Phillip Morris Dr. Sit: 410-548-1747, Ext. 11535	Katelynn Farley Sètifye Aplikasyon Konseye kfarley@chesapeakehc.org Selil: 443-235-0219 Sit pou granmoun Woodbrooke: 410-546-6650, Ext. 11114
Zhanna Guite Sètifye Aplikasyon Konseye zguite@chesapeakehc.org Selil: 443-235-3428 Princess Anne Site: 410-651-1000, Ext. 11301	

Siyati aplikan an

Dat

Non aplikan an enprime

Dat nesans