

Household Income:

| | Amount | Frequency (Circle one) | Employer: |
|-----------------|--------|------------------------|-----------|
| You | \$ | Week- Month-Year | |
| Spouse | \$ | Week- Month-Year | |
| Children | \$ | Week- Month-Year | |
| Other | \$ | Week- Month-Year | |
| TOTAL \$ | | | |

| OTHER INCOME: | YOU | SPOUSE | CHILDREN | OTHER | SUBTOTAL |
|------------------------------|-----|--------|----------|-------|----------|
| SOCIAL SECURITY | | | | | |
| PUBLIC ASSISTANCE | | | | | |
| RETIREMENT/PENSION | | | | | |
| CHILD SUPPORT/ALIMONY | | | | | |
| INTEREST INCOME | | | | | |
| OTHER | | | | | |
| TOTAL | | | | | \$ |

I hereby swear or affirm that the information provided on this application is true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree that any misleading or falsified information and/or omissions may disqualify me from further consideration for the sliding fee program and will subject me to penalties under Federal Law, which may include fines and imprisonment.

I further agree to inform **McCall Behavioral Health Network** if there is a significant change in my income. If acceptance to the sliding fee program is obtained under this application, I will comply with all applicable rules and regulations. I hereby acknowledge that I have read and understand the foregoing disclosure .

Today's Date: _____

Name (Print): _____

Patient Signature: _____

(If applicable)

Legal Guardian Signature: _____

Internal Use only Application Status: Eligible Not Eligible Incomplete

Ingresos del hogar:

| | Cantidad | Frecuencia (Rodea una opción) | Empleador/a: |
|-----------------|----------|-------------------------------|--------------|
| Tú | \$ | Semana- Mes-Año | |
| Cónyuge | \$ | Semana- Mes-Año | |
| Hijos/as | \$ | Semana- Mes-Año | |
| Otros/as | \$ | Semana- Mes-Año | |
| TOTAL \$ | | | |

| OTROS INGRESOS: | TÚ | CÓNYUGE | HIJOS/AS | OTROS | SUBTOTAL |
|---|----|---------|----------|-------|----------|
| SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
| AYUDA PÚBLICA | | | | | |
| JUBILACIÓN/PENSIÓN | | | | | |
| HIJO/A <small>PENSIÓN ALIMENTICIA/COMPENSATORIA</small> | | | | | |
| INGRESOS POR INTERESES | | | | | |
| OTROS | | | | | |
| TOTAL | | | | | \$ |

Declaro bajo juramento que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta según mi leal saber y entender. Reconozco que cualquier dato falso, engañoso u omisión puede llevar a mi exclusión del programa de tarifas ajustadas y exponerme a sanciones conforme a la legislación federal, incluyendo posibles multas y encarcelamiento.

También me comprometo a informar a **McCall Behavioral Health Network** si se produce algún cambio importante en mis ingresos. Si mi solicitud para el programa de tarifas variables es aceptada, cumpliré con todas las normativas y disposiciones correspondientes. Declaro haber leído y comprendido la información anteriormente expuesta .

Fecha de hoy: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma del/de la paciente: _____

(Si corresponde)

Firma del/de la representante legal: _____

Solo para uso interno - Estado de la solicitud:

Aprobado

No aprobado

Incompleto

Renda Familiar:

| | Valor | Frequência (Circule uma opção) | Empregador: |
|-----------------|-------|--------------------------------|-------------|
| Você | \$ | Semana- Mês- Ano | |
| Cônjuge | \$ | Semana- Mês- Ano | |
| Filhos | \$ | Semana- Mês- Ano | |
| Outro | \$ | Semana- Mês- Ano | |
| TOTAL \$ | | | |

| OUTRAS FONTES DE RENDA: | VOCÊ | CÔNJUGE | FILHOS | OUTROS | SUBTOTAL |
|-----------------------------------|------|---------|--------|--------|----------|
| PREVIDÊNCIA SOCIAL | | | | | |
| ASSISTÊNCIA PÚBLICA | | | | | |
| APOSENTADORIA/PENSÃO | | | | | |
| FILHO PENSÃO/ALIMENTOS | | | | | |
| RENDIMENTOS DE JUROS | | | | | |
| OUTROS | | | | | |
| TOTAL | | | | | \$ |

Declaro, sob compromisso, que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e corretas de acordo com meu conhecimento e convicção. Estou ciente de que informações enganosas, falsas e/ou omissões podem me desqualificar do processo de avaliação para o programa de taxas reduzidas e me sujeitar a sanções previstas pela legislação federal, incluindo multas e detenção.

Comprometo-me também a informar a **McCall Behavioral Health Network** caso haja uma alteração significativa na minha renda. Caso seja aprovado(a) para o programa de tarifa reduzida com base nesta solicitação, cumprirei todas as normas e regulamentos aplicáveis. Declaro ainda que li e compreendi as informações acima apresentadas.

Data de hoje: _____

Nome (em letra de forma): _____

Assinatura do paciente: _____

(Se aplicável)

Assinatura do responsável legal: _____

Uso interno somente - Status da solicitação:

Elegível

Não elegível

Incompleto