

**PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.
Discount Fee Application & Agreement**

Premier Community Healthcare Group Inc provides essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered depending upon household/family income and size. A "Family" is one or more persons living in one dwelling place who are related by blood, marriage or law. A "Dependent" is someone who lives in your household and qualifies as a dependent for federal tax purposes. Please list information below to determine if you or your family members are eligible for our discounted fees program. Once your Discount Fee Plan is determined, payment is due at time of service.

I. Household/Family Information

<u>Member's Name(s):</u>	<u>Age</u>	<u>Relationship</u>	<u>Income</u>
_____	_____	Self _____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

II. Income Information

Please provide proof of total household income (i.e. Check Stubs, Bank/Financial Statements, SSI/Disability Letters, etc.)

III. Eligibility

With the information you presented today, it has been determined that:

- You qualify** for the Discount Fee Plan checked below. **This plan is in effect for one year from today's date.** If your income changes during this time or if you obtain health insurance coverage, please notify us immediately.
 - Discount Fee Plan A
 - Discount Fee Plan B
 - Discount Fee Plan C
 - Discount Fee Plan D

You do not qualify for our Discount Fee Plan. You will be responsible for paying full fees for your visit, depending on level of service provided these fees will be at a minimum \$83-\$300 for medical services and \$73 for dental services. If your income changes or, if you obtain health insurance coverage, please notify us immediately.

****Any procedures that are performed during your visit (Labs, X-Rays, tooth extractions, procedures, etc) will result in an additional charge due at the time of service. The fees for these additional services will be discussed with you before services are performed.**

I certify that the above facts are true and correct to the best of my knowledge and that I understand the financial responsibilities associated with the Discount Fee Plan. I am also aware that this information may be randomly audited at any time for verification purposes. Knowingly providing false information may result in termination of services.

Signature of Applicant

Date

OFFICE USE ONLY

No. Supported: _____
Gross Income \$: _____
Income Period: _____
Income Type(s): <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Disability, SSI, Pension, Retirement <input type="checkbox"/> Child Support, Alimony <input type="checkbox"/> Worker's Compensation <input type="checkbox"/> Statement of Support <input type="checkbox"/> Cash Income Verification <input type="checkbox"/> Unemployment
Care Team Member Signature _____ Date _____

PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.
Aplicación de Honorarios de Descuento & Acuerdo

Premier Community Healthcare Group Inc provee servicios esenciales sin tener en cuenta la capacidad de pagar del paciente. Nuestros descuentos son ofrecidos dependiendo del ingreso total y el número de familiares que viven en el hogar. Una **"Familia"** es una o mas personas que están viviendo en un hogar y que son relacionados por sangre, matrimonio o ley. Un **"Dependiente"** es alguien que convive en su hogar y califica como un dependiente para propósitos de impuestos federales. Por favor, llene la información siguiente para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para el programa de honorarios de descuento.

I. Información acerca de la Familia/Hogar

<u>Nombre de miembros en su familia/ hogar</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>	<u>Ingresos</u>
_____	_____	YO MISMO _____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

II. Información de Ingresos

Por favor, presentar pruebas de ingreso total del hogar (Talonarios de Cheque, Declaración Bancaria o Financiera, SSI / Cartas de Incapacidad, etc.)

III. Elegibilidad

Con la información que usted ha presentado hoy, se determina que:

- Usted califica** para el Plan de Honorarios de Descuento indicado a continuación. **Este plan entra en efecto por un año a partir de hoy.** Si su ingreso cambia durante este periodo o si usted ha obtenido seguro medico, usted debe notificarnos inmediatamente.
 - Plan de Descuento A
 - Plan de Descuento B
 - Plan de Descuento C
 - Plan de Descuento D

- Usted no califica** para el Plan de Honorarios de Descuento. Usted será responsable de pagar los cargos completos de su visita, dependiendo en el nivel de servicio proveido, el cobro minimo sera de 83 – 300 por los servicios médicos y \$73 por los servicios dentales. Si su ingreso ha cambiado durante este periodo o si ha obtenido seguro medico, usted debe notificarnos inmediatamente.

****Los procedimientos que se llevan a cabo durante su visita (los laboratorios, extracciones de dientes, los procedimientos, Rayos X, etc.) resultaran en una carga adicional debido al tiempo del servicio.**

Yo, por la presente, certifico que los hechos mencionados arriba son ciertos y correctos. También comprendo las responsabilidades financieras asociadas con el Plan de Descuento. Además estoy al tanto de que esta información puede ser auditada al azar en cualquier momento para propósitos de verificación. Proveer información falsa y teniendo conocimiento al respecto, puede resultar en terminación de servicios.

Firma del Apicante

Fecha

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA

No. Supported: _____
 Gross Income \$: _____
 Income Period: _____

Income Type(s): Employment Self Employed Disability, SSI, Pension, Retirement Child Support, Alimony Worker's Compensation
 Statement of Support Cash Income Verification Unemployment

Care Team Member Signature _____

Date _____