



Medical Center: 1831 North Fayetteville Street • Asheboro, NC 27203  
Phone: 336-672-1300 / Fax: 336-672-3044

Dental Center: 308 Brewer Street • Asheboro, NC 27203  
Phone: 336-610-7000 / Fax: 336-610-7003

Please complete and return the attached application for our STAR sliding fee discount along with your proof of earned and unearned income. On this application, please list all members of your household, as well as all sources of income within your household.

Your proof of income may consist of the following:

- 3 most recent check stubs

OR

- Current tax return
- Plus any additional forms of income listed in the section below

If you have already been given a date for an appointment, you must return the attached application on or before the day of your appointment. In order to insure your discount, please remember to present your STAR card. If you have any questions, please feel free to contact our facility at (336) 672-1300 or (336) 610-7000.

**\*\*It is your responsibility to update your paperwork before the expiration date on the card. If your card is expired on the date of your appointment, all charges will revert to 100% until you re-qualify.\*\***

We look forward to serving you and your family for years to come!

**HOUSEHOLD INCOME** (proof of income must be copied and attached from all income sources)

Employer: \_\_\_\_\_ Gross Wages per Pay Period: \$ \_\_\_\_\_

How often are you paid? (Check one)  Daily  Weekly  Bi-weekly/Bi-monthly  Monthly  other

**All household income which may include self-employment wages, tips, unemployment benefits, Social Security, Disability, Supplemental Security Income, military family allotments, pension benefits, VA benefits, trust fund disbursements, rent received, and all other forms of taxable income/financial support.**

Please indicate amount and frequency of receipt: \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (week, month, etc.)





Medical Center: 1831 North Fayetteville Street • Asheboro, NC 27203  
Phone: 336-672-1300 / Fax: 336-672-3044

Dental Center: 308 Brewer Street • Asheboro, NC 27203  
Phone: 336-610-7000 / Fax: 336-610-7003

Favor de llenar y regresar la aplicación adjunta para el programa de escala de descuento STAR y comprobante de todos los ingresos ganados y no ganados. En esta aplicación, favor de enlistar todos los miembros de su hogar así como todas las fuentes de ingresos en su hogar.

Prueba de ingresos consiste en lo siguiente:

- 3 talones de cheque más recientes

0

- Declaración de impuestos más recientes
- Todas las formas adicionales de ingresos que se encuentran en la lista abajo

Si ya tiene una cita, usted tiene que regresar la aplicación el día de su cita o antes. Para poder recibir su descuento, recuérdese de presentar su tarjeta del programa STAR. Si tiene preguntas, favor de llamarnos al (336) 672-1300 o (336) 610-7000.

**\*\*Es su responsabilidad actualizar su documentación antes de la fecha de vencimiento en la tarjeta. Si su tarjeta expiró en la fecha de su cita, todos los cargos se revertirán al 100% hasta que vuelva a calificar. \*\***

¡Esperamos poder servirle a usted y a su familia en los próximos años!

**INGRESOS DEL HOGAR** (adjunte copias de comprobantes de todas las fuentes de ingresos con la aplicación)

Empleador: \_\_\_\_\_ Salario Bruto por periodo de pago: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se le paga? (Marque uno)  Diario  Semanal  Cada 2 semanas o 2 veces al mes  Mensual  otro

**Incluya todo tipo de ingreso tal como: expediente de contabilidad del empleo independiente, propinas, carta de subsidio de desempleo, ayuda gubernamental por discapacidad, Seguro Social, ingreso suplementario, ingresos militares, jubilación, beneficios de veteranos, fondo fiduciario, ingresos de alquiler y cualquier otra forma de ingresos/soporte financiero.**

Favor de indicar la cantidad y frecuencia de recibos: \$ \_\_\_\_\_ frecuencia \_\_\_\_\_ (semanal, mensual, etc.)



# Aplicación para Escala de Descuento de MERCE Family Healthcare

## DECLARACIÓN de ELIGIBILIDAD de ESCALA de DESCUENTO

Información de todos los miembros del hogar (debe ser llenada para todos los que aplican)

Su Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ # de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### ENLISTE TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR

<b>EL NOMBRE DEL APLICANTE DEBE IR PRIMERO</b>	¿Tienes Ingresos?	¿Tiene Seguro Médico?	¿Tiene Seguro Dental?	¿Medicaid o Medicare?
1. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR
2. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR
3. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR
4. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR
5. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR
6. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR
7. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR
8. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	S N	S N	S N	MCD MCR

¿Ha aplicado recientemente por?: Medicaid: S N Medicare: S N

¿Ha aplicado para el programa de escala de descuento?: S N

### INGRESOS DEL HOGAR (adjunte copias de comprobantes de todas las fuentes de ingresos con la aplicación)

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Salario Bruto: \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Con que frecuencia se le paga? (Marque uno)  Diario  Semanal  Cada 2 semanas o 2 veces al mes  Mensual  otro

**Incluya todo tipo de ingreso tal como: expediente de contabilidad del empleo independiente, propinas, carta de subsidio de desempleo, ayuda gubernamental por discapacidad, Seguro Social, ingreso suplementario, ingresos militares, jubilación, beneficios de veteranos, fondo fiduciario, ingresos de alquiler y cualquier otra forma de ingresos/soporte financiero.**

Favor de indicar la cantidad y frecuencia de recibos: \$ \_\_\_\_\_ frecuencia \_\_\_\_\_ (semanal, mensual, etc.)

### DECLARACIÓN JURADA Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR MIS DOCUMENTOS FINANCIEROS

Al firmar esta forma yo testifico que a partir de la fecha con mi firma, la prueba de ingresos presentada constituye todo mi ingreso económico y que los miembros de mi familia dependen de ello: o que la explicación dada para verificar mi nivel de ingreso es verdadera.

Yo autorizo que MERCE Family Healthcare divulgue mi información y documentos financieros a otras agencias que podrían ayudar con servicios médicos a los cuales mi familia y yo podemos calificar.

Comprendo que si he dado información falsa, el programa STAR de escala de descuento puede ser permanentemente cancelado para todos los miembros que calificaron en mi unidad económica y seremos responsables por pagar las cuentas de todos los servicios recibidos.

FIRMA del APLICANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

# MERCE Family Healthcare Sliding Fee Discount Application

## SLIDING SCALE ELIGIBILITY DECLARATION

Household information (must be completed for all applicants)

Your Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_ Alternate #: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

### LIST ALL HOUSEHOLD MEMBERS

HOUSEHOLD MEMBER APPLYING MUST BE LISTED FIRST		Any income?		Medical Insurance?		Dental Insurance?		Medicaid or Medicare?	
1. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR
2. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR
3. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR
4. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR
5. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR
6. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR
7. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR
8. Name: _____	DOB: _____	Y	N	Y	N	Y	N	MCD	MCR

Have you recently applied for: Medicaid: Y N Medicare: Y N  
Have you ever applied for the Sliding Fee Program? Y N

### HOUSEHOLD INCOME (proof of income must be copied and attached from all income sources)

Employer: \_\_\_\_\_ Gross Wages per Pay Period: \$ \_\_\_\_\_  
How often are you paid? (Check one)  Daily  Weekly  Bi-weekly/Bi-monthly  Monthly  other

**All household income which may include self-employment wages, tips, unemployment benefits, Social Security, Disability, Supplemental Security Income, military family allotments, pension benefits, VA benefits, trust fund disbursements, rent received, and all other forms of taxable income/financial support.**

Please indicate amount and frequency of receipt: \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (week, month, etc.)

### AFFIDAVIT & AUTHORIZATION TO RELEASE FINANCIAL RECORDS

By signing below, I attest that, as of the date of my signature, the income sources listed constitute all of my household income, and that the household members listed are solely dependent on that income, or that the explanation provided to verify my income level is truthful.

I hereby grant permission and authorize MERCE Family Healthcare to act as my agent by forwarding my financial documents and information to other agencies that may provide financial and/or healthcare services in which I or my immediate family may benefit.

I further understand that any false information provided may result in the permanent removal from the STAR sliding fee program of all qualified members in my economic unit and that I and members of my economic unit may be responsible for all charges generated or debt written off while participating in the STAR program.

APPLICANT SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_