



Reconocimiento de Escala de Descuento

Al firmar esta declaración, estoy de acuerdo en proporcionar los ingresos mensuales del hogar para saber si soy elegible para el descuento con Riverland Community Health. También entiendo que tengo 90 días para presentar estos documentos no más tarde de la fecha indicada _____.

Prueba de ingresos familiar es requerido cada 6 meses y entiendo que debo presentar prueba de ingresos de todos los miembros de la familia que reciben ingresos.

Firma _____ **Date** _____

Tiene preguntas?

Contacte a nuestros defensores financieros a los numeros siguientes:

651-758-9454 or 651-758-9443

Prueba de ingresos puede se enviada a nuestro correo electronico sf@rchealth.org (O por Nuestro Codigo QR abajo), o por fax al 651-359-2757, o Tambien puede dejar sus ingresos con cualquier miembro de nuestro equipo de registracion.



Escanear & madar prueba de ingresos!

El comprobante de ingresos del hogar consta de la siguiente documentación:

- Dos talonarios o colillas de cheque del último mes de ingresos, cuatro si el pago es semanal, o 2 si el pago es cada dos semanas y 1 si se el pago es mensual.
 - Carta del empleador, si recibe ingresos en efectivo, debe estar en papel membretado de la empresa o notariada.
 - Declaraciones de compensacion por desempleo mas recientes.
 - Carta de beneficios del Seguro social, discapacidad o asistencia publica.
 - Carta de apoyo notariada de familiares / amigos / u otra agencia.
 - Paquete de prueba de impuestos del año actual incluyendo la página de la firma. (Prueba de W-2 no es aceptada)
 - Cualquier otra forma de ingresos incluyendo manutención de hijos o cónyuge.
- Revelación personal (todas las formas de ingreso familiar deben ser primero consideradas, y nuestro defensor financiero le proveerá una lista del documento de atestación. Este documento será determinado y usado exclusivamente por nuestro defensor financiero o nuestro equipo de facturación**

La elegibilidad para calificar para nuestro descuento es determinada por los siguientes factores como el tamaño de la familia, el ingreso familiar.

Nuestra clínica de Riverland Community Health no le negara ningún servicio por no tener la habilidad de pagar su factura o tarifa nominal.



Sliding Fee Acknowledgement

By signing this declaration, I agree to provide proof of household gross monthly income, to determine eligibility for the Sliding Fee Discount Program at Riverland Community Health within 90 business days. **This is due by** _____.

Proof of family income is required every six months and must be received from all family members receiving any form of income.

Signature _____ **Date** _____

Have Questions?

**Contact the Patient Financial Advocates at
651-758-9454 or 651-758-9443**

Proof of income can be emailed to sf@rchealth.org (QR code below), faxed to 651-359-2757, or dropped off at the front desk.



Scan & Send Proof of Income!

Proof of family income consists of at least one of the following items:

- **Two paystubs received within recent 30-day timeframe – if cumulative annual salary or gross wage is noted.**
- **Letter from employer if paid in cash – must be on company letterhead or notarized.**
- **Unemployment compensation statements**
- **SSI/Disability check (photocopy) or current award letter**
- **Pending Public Assistance Application with notation of determined income/family wage level**
- **Notarized letter of support from family members/friends/other agency**
- **Most current tax returns (W-2 not accepted) showing annual gross income of family must include signature page.**
- **Any/all additional forms of income, including alimony.**
- **Self-disclosure (All other forms of family income must first be considered, and the patient financial advocate will provide a checklist to document this attestation. Only the patient financial advocate and billing staff may determine the use of self-disclosure as a form of family income.)**

Eligibility for the sliding fee discount program is based on income and family size and no other factors.

RCH will not turn any patient away for failure to pay outstanding bills or inability to pay the nominal fee for any service.

