



Child Guidance Center of Southern CT Sliding Fee Application

Child Guidance Center of Southern CT (CGC) has formed an alliance with Community Health Center, Inc. (CHC).

Your CGC providers will continue to provide your care at the same location(s).

CHC will provide billing and administrative services. Please let the front desk or your provider know of any questions.

Personal Information			
First Name:		Last Name:	
Date of Birth:		Social Security Number:	
Email Address:		Confirm Email Address:	
Street Address / Apt:			
City:		ZIP:	
Home Phone:		Cell Phone (optional):	
Annual Household Income:		How often do you receive income:	
Household Information			
Name of Spouse:		# of Adults in Home:	
List names and date of birth of all children 18 and younger in home:			
Name:		Date of Birth:	
Name:		Date of Birth:	
Name:		Date of Birth:	
Name:		Date of Birth:	
Name:		Date of Birth:	
Name:		Date of Birth:	
General Information about Applicant:			
Have you applied for Medicaid?		Yes	No
Have you applied for Medicare?		Yes	No
If denied for Medicaid / Medicare, Reason?			
Do you have private health insurance?		Yes	No
If yes, name of insurance:			
Are you disabled?		Yes	No
Have you applied for disability?		Yes	No
Were you denied for disability income?		Yes	No
Are you currently working?		Yes	No
If you are not working, are you receiving unemployment?		Yes	No
Do you live in a homeless shelter?		Yes	No
Are you pregnant?		Yes	No
Are you a minor / student?		Yes	No
Proof of Income: You must bring proof of income to your next office visit or submit it electronically with this form.			
Income amount:	Weekly	Monthly	
Proof of Income:	Yes	No	
If no income at present sign here:			
Applicant Statement & Signature:			
I have completed this application for sliding fee eligibility and confirm that all information is correct to the best of my knowledge. I also understand payment will be requested at the time of each service.			
Signature of Applicant:		Date:	
Eligibility information – for office use only			
Annual Gross Income: \$		Number of Dependents:	
Category Designation:	Category 1 ()	Category 2 ()	Category 3 () Full Rate ()
Approved by CHC Staff name:		Date:	



Child Guidance Center of Southern CT Sliding Fee Application

Child Guidance Center of Southern CT (CGC) has formed an alliance with Community Health Center, Inc. (CHC).

Your CGC providers will continue to provide your care at the same location(s).

CHC will provide billing and administrative services. Please let the front desk or your provider know of any questions.

Información personal			
Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Dirección de correo electrónico:		Confirmar dirección de correo electrónico:	
Dirección física/apto.			
Ciudad:		Código postal:	
Teléfono de residencia:		Teléfono celular (opcional):	
Ingresos anuales del grupo familiar:		¿Con qué frecuencia recibe ingresos?	
Información del grupo familiar			
Nombre del cónyuge:		Cantidad de adultos en el hogar:	
Indique los nombres y las fechas de nacimiento de todos los hijos de 18 años y menores en el hogar:			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Información general sobre el solicitante:			
¿Ha solicitado Medicaid?		Sí	No
¿Ha solicitado Medicare?		Sí	No
Si le han denegado Medicaid o Medicare, ¿cuál es el motivo?			
¿Tiene seguro de salud privado?		Sí	No
Si tiene, indique el nombre del seguro:			
¿Tiene usted alguna discapacidad?		Sí	No
¿Ha solicitado beneficios por discapacidad?		Sí	No
¿Le negaron ingresos por discapacidad?		Sí	No
¿Trabaja actualmente?		Sí	No
Si no trabaja actualmente, ¿recibe beneficios por desempleo?			
¿Vive en un refugio para personas sin hogar?		Sí	No
¿Está embarazada?		Sí	No
¿Es usted menor de edad/estudiante?		Sí	No
Comprobante de ingresos: Debe traer un comprobante de ingresos a su próxima cita en la clínica o presentarlo en formato electrónico con este formulario.			
Cantidad de ingreso:	Semanal	Mensual	
Prueba de Ingreso:	Sí	No	
Si no tiene ingreso presente firma aquí:			
Declaración y firma del solicitante:			
He llenado esta solicitud de elegibilidad de tarifa variable y confirmo que toda la información es correcta según mi leal saber y entender. También comprendo que el pago se requerirá cada vez que se preste un servicio.			
Firma:		Fecha:	
Eligibility information – for office use only			
Annual Gross Income: \$		Number of Dependents:	
Category Designation:	Category 1 () Category 2 () Category 3 () Full Rate ()		
Approved by CHC Staff name:		Date:	