



## Discount Application

The Center's discount program ensures that patients have access to all Center services regardless of their ability to pay. Patients, including those with insurance, whose income is at or below 200% of Federal Poverty Level qualify for our Discount Program.

Only household size and household income are used to determine if a patient qualifies for discounted fees.

Household Size is defined as the head of the household, spouse or significant other, children under 18, parents, grandparents, adult children if applicable, and other dependents.

Household Income is derived from combined total income of all members in the household who contribute financially.

Please complete the information below to determine if you and/or members of the household are eligible for the discount program. The application is valid for 12 months once approved.

### Head of Household (1)

|                 |             |              |                         |
|-----------------|-------------|--------------|-------------------------|
| Last Name:      | First Name: | Middle Name: | Cell Phone Number:      |
| Street Address: |             |              | Other Telephone Number: |
| City:           | State:      | Zip Code:    | Date of Birth:          |

### Head of Household (2)

|                 |             |              |                         |
|-----------------|-------------|--------------|-------------------------|
| Last Name:      | First Name: | Middle Name: | Cell Phone Number:      |
| Street Address: |             |              | Other Telephone Number: |
| City:           | State:      | Zip Code:    | Date of Birth:          |

### All Household Dependents

|               |             |              |                |
|---------------|-------------|--------------|----------------|
| 1. Last Name: | First Name: | Middle Name: | Date of Birth: |
| 2. Last Name: | First Name: | Middle Name: | Date of Birth: |
| 3. Last Name: | First Name: | Middle Name: | Date of Birth: |
| 4. Last Name: | First Name: | Middle Name: | Date of Birth: |
| 5. Last Name: | First Name: | Middle Name: | Date of Birth: |
| 6. Last Name: | First Name: | Middle Name: | Date of Birth: |

Head of Household (1)  
Signature/Date:

Head of Household (2)  
Signature/Date:



## Aplicación de Descuento

El programa de descuentos del Centro garantiza que los pacientes tengan acceso a todos los servicios del Centro, independientemente de su capacidad de pago. Los pacientes, incluidos aquellos con seguro, cuyos ingresos son iguales o inferiores al 200% del Nivel Federal de Pobreza califican para nuestro Programa de Descuentos.

Solo el tamaño del hogar y los ingresos del hogar se utilizan para determinar si un paciente califica para tarifas con descuento.

El tamaño del hogar se define como el cabeza de familia, cónyuge o pareja, hijos menores de 18 años, padres, abuelos, hijos adultos, si corresponde, y otros dependientes.

Los ingresos del hogar se derivan del ingreso total combinado de todos los miembros del hogar que contribuyen financieramente.

Complete la información a continuación para determinar si usted y/o los miembros del hogar son elegibles para el programa de descuentos. La solicitud tiene una validez de 12 meses una vez aprobada.

### **Cabeza de familia (1)**

|           |               |                |                            |
|-----------|---------------|----------------|----------------------------|
| Apellido  | Primer Nombre | Segundo Nombre | Número de teléfono celular |
| Dirección |               |                | Otro número de teléfono:   |
| Ciudad    | Estado        | Código postal  | Fecha de nacimiento        |

### **Cabeza de familia (2)**

|           |               |                |                            |
|-----------|---------------|----------------|----------------------------|
| Apellido  | Primer Nombre | Segundo Nombre | Número de teléfono celular |
| Dirección |               |                | Otro número de teléfono:   |
| Ciudad    | Estado        | Código postal  | Fecha de nacimiento        |

### **Todos los dependientes del hogar**

|             |               |                |                     |
|-------------|---------------|----------------|---------------------|
| 1. Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |
| 2. Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |
| 3. Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |
| 4. Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |
| 5. Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |
| 6. Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |

**Cabeza de familia (1) Firma y Fecha:** \_\_\_\_\_ **Cabeza de familia (2) Firma y Fecha:** \_\_\_\_\_



# GPW Health Center

*Dedicated to Your Health!*

**Office Use Only**  
**Para Uso Oficial Solamente**

| Annual Household Income |                       |                       |       |       |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-------|
| Income Source           | Head of Household (1) | Head of Household (2) | Other | Other |
|                         |                       |                       |       |       |
|                         |                       |                       |       |       |
|                         |                       |                       |       |       |
| Total Annual Income     |                       |                       |       |       |

| Verification Checklist                                                      | Yes | No |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Income: 1 Month Recent Pay Stubs, Self Declaration of Income Form, or Other |     |    |

|                        |  |
|------------------------|--|
| Total Household Income |  |
|------------------------|--|

|                      |  |
|----------------------|--|
| Total Household Size |  |
|----------------------|--|

Based on the information provided, the household size and income qualify for Group \_\_\_\_\_

Approved By (Print Name): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_