



Date Given: _____ Date Received: _____

Sliding Fee Application

Patient Account # _____

HEAD OF HOUSEHOLD

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____ DOB: _____

Mailing Address: _____ City/Town: _____ State: _____ Zip Code: _____

Home Phone Number: (____) _____ Cell Phone (optional): (____) _____

Household Information:**Please list birth names and dates of birth for all household members living at above address:**

<u>Names of Family/Household</u>	<u>Date Of Birth</u>	<u>Relationship to applicant</u>
<u>1</u>		
<u>2</u>		
<u>3</u>		
<u>4</u>		
<u>5</u>		
<u>6</u>		
<u>7</u>		
<u>8</u>		
<u>9</u>		
<u>10</u>		

List additional family members on the back of application.**I decline the Sliding Fee Program:** ☐

I hereby certify that the above information is, to the best of my knowledge, true, complete and correct and is subject to verification by Noble. I further agree to notify Noble of any changes or corrections to this information within ten (10) days of any change or discovery of error and that failure to do so will result in my assuming responsibility for payment of full charges. I understand that eligibility lasts up to one year (if there are no changes in income or household size) and that I must re-qualify annually to determine my eligibility against changing federal standards. I am aware that this **application requires me to provide documentation within 30 days** of the signature date below for proof of income subject to verification and is based upon Federal Poverty Guidelines published annually by the Federal Government. **Sliding Fee payment for all services is due and payable at the time of service. I understand that Dental Special Service sliding fees must be paid in full before Dental work can proceed.** I understand that if I am referred to another provider or dentist, Noble is not responsible for the cost of any referral visits. I understand that some laboratory tests will be billed through a third party, which I will be responsible for. I will speak with a Noble Financial Counselor immediately if other payment arrangements are necessary due to an inability to pay.

X _____ **Date:** _____**SIGNATURE OF PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY*****All documentation to determine eligibility must be returned to the office within 30 days of this application.**

Eligibility Information- For Office Use Only	
Household Income:	\$ _____ ☐ Supporting Documentation (Or if no income, Self-Attestation Form required)
Application Level	A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ County: _____
Approved by Noble Name:	_____ Date: _____



Fecha Dada: _____ Fecha Recivida: _____

Solicitud para El Programa de Descuento

Numero de Paciente _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: ____ FdN: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Numero De Teléfono (casa):(_____) _____ Teléfono De Celular:(_____) _____

Información del Hogar**Indique los nombres de nacimiento y las fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar que viven en la dirección anterior.**

<u>Miembros de la Familia</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Relación</u>
<u>1</u>		
<u>2</u>		
<u>3</u>		
<u>4</u>		
<u>5</u>		
<u>6</u>		
<u>7</u>		
<u>8</u>		
<u>9</u>		
<u>10</u>		

Miembros de familia adicionales enumerados en la parte posterior de la aplicación.**Rechazo el Programa de descuento:** ☐

Por la presente Certifico que la información anterior es, a lo mejor de mi conocimiento, verdadero y correcto y que está sujeta a verificación por Noble. Además acepto notificar a Noble de cualquier cambio en esta información dentro de los diez 10 días de ese cambio y que debo no lo hacen, o si la información es falsa, pago a plena carga por mi responsabilidad. Entiendo que debo volver a calificar anualmente para mantener mi elegibilidad. Soy consciente de que esta información se revisa y se basa en las pautas federales de pobreza, publicado anualmente por el Gobierno Federal. **Pago de todos los servicios de desplazamiento es debido y pagadero al tiempo de servicios.** Entiendo que Dental servicios especiales deslizando honorarios deberá ser pagados en completo antes de trabajos dentales pueden proceder. Entiendo que si yo soy referido a otro proveedor o dentista, Noble no es responsable por el costo de cualquier visita de referencia. Entiendo que algunas pruebas de laboratorio se le cobrará a través de un tercero, que se encargará de. Hablaré con un asesor financiero de Noble de inmediato si son necesarios otros arreglos de pago debido a la imposibilidad de pagar.

X _____ **Fecha:** _____**FIRMA DEL PACIENTE O LA PERSONA RESPONSABLE***** Toda la documentación para determinar si debe girarse a la oficina dentro de 30 días de ser vistos.**

Información de elegibilidad-para uso de oficina solamente	
Household Income:	\$ _____ ☐ Supporting Documentation (Or if no income, Self-Attestation Form required)
Application Level	A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ County: _____
Approved by Noble Name:	Date: _____