



Sliding Fee Discount Program Application

MRN: _____
Office Use Only

We encourage patients to apply, even if you have insurance.

Full Name: _____ Date: _____

TO DECLINE THE SLIDING FEE DISCOUNT SIGN BELOW

I do not want to apply for sliding fee discount program at this time.

Signature: _____ Date: _____

TO APPLY FOR THE SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM

Please attach copies of your most recent IRS 1040 form, social security income awards letter, last 30 days of paystubs and/or proof of any earnings. EARNINGS MAY INCLUDE: Taxable income earned, taxable net self-employment income, social security income, alimony/spousal maintenance, unemployment compensation, taxable income (pension, retirement, annuities, interest, estate/trusts, etc.).

NAMES OF FAMILY/HOUSEHOLD	DATE OF BIRTH	RELATIONSHIP TO APPLICANT

List additional family members on the back of this application.

- **I must provide proof of income within 30 days of signing this form to determine eligibility.**
- I confirm that the information I give is true and correct. Noble may check this information.
- I will notify Noble within 10 days if my income, household size, or other information changes. If I do not report changes, I will have to pay the full cost of my care.
- If my income and household size do not change, my discount may last up to one year. I must reapply each year to see if I still qualify. Discounts are based on Federal Poverty Guidelines, which change each year.
- **Payment is due at the time of my visit.**
- **Dental special service fees must be paid in full before dental work can begin.**
- If I am referred to another provider or dentist, I am responsible for the cost of that visit.
- Some lab tests are billed by another company (Labcorp), and I am responsible for paying those bills.
- If I cannot pay, I will talk with a Noble Financial Counselor as soon as possible.

Patient Signature (or Parent/Guardian/Legal Representative)

Date

Office Use Only: Application Level A B C D E County _____

Household Income \$ _____ Supporting Documentation (or Self-Attestation form required).

Approved by Noble Staff Name _____ Date _____



Solicitud para el programa de descuentos con tarifa variable
Animamos a los pacientes a que presenten su solicitud, incluso si tienen seguro.

MRN: _____
 Solo para uso interno

Nombre completo: _____ Fecha: _____

PARA RECHAZAR EL DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE, FIRME A CONTINUACIÓN

No deseo solicitar el programa de descuento de tarifa variable en este momento.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA SOLICITAR EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES

Adjunte copias de su formulario 1040 del IRS más reciente, la carta de concesión de prestaciones de la Seguridad Social, las nóminas de los últimos 30 días y/o cualquier prueba de ingresos. **LOS INGRESOS PUEDEN INCLUIR:** ingresos imponibles obtenidos, ingresos netos imponibles por trabajo por cuenta propia, ingresos de la Seguridad Social, pensión alimenticia/manutención conyugal, subsidio por desempleo, ingresos imponibles (pensiones, jubilación, rentas vitalicias, intereses, herencias/fideicomisos, etc.).

NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA/HOGAR	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

Indique los demás miembros de la familia en el reverso de esta solicitud.

Debo presentar una prueba de ingresos en un plazo de 30 días a partir de la firma de este formulario para determinar la elegibilidad.

Confirmando que la información que facilito es veraz y correcta. Noble podrá verificar esta información. Notificaré a Noble en un plazo de 10 días si cambian mis ingresos, el tamaño de mi hogar u otra información. Si no comunico los cambios, tendré que pagar el coste total de mi atención.

Si mis ingresos y el tamaño de mi hogar no cambian, mi descuento puede tener una vigencia de hasta un año. Debo volver a presentar la solicitud cada año para comprobar si sigo reuniendo los requisitos. Los descuentos se basan en las Directrices Federales de Pobreza, que cambian cada año.

El pago debe realizarse en el momento de mi visita.

Las tarifas por servicios dentales especiales deben pagarse en su totalidad antes de que pueda comenzar el tratamiento dental. Si me derivan a otro proveedor o dentista, soy responsable del coste de esa visita.

Algunos análisis de laboratorio los factura otra empresa (Labcorp), y yo soy responsable de pagar esas facturas. Si no puedo pagar, hablaré con un asesor financiero de Noble lo antes posible.

Firma del paciente (o del padre/tutor/representante legal) _____
Fecha

Solo para uso interno: Nivel de solicitud A B C D E Condado _____

Ingresos familiares \$ _____ Documentación justificativa (o se requiere el formulario de autodeclaración).

Aprobado por: Nombre del personal de Noble _____ Fecha _____