



NorthEast Wisconsin Community Clinic

Sliding Fee Discount Application

Patient Name: _____ Date: _____

List all you are Financially Responsibility for (Including you)

Name	DOB	Relationship

***You Must include your sources of Income with this application.** Sources of Income Include: Prior year income Tax Return, W-2, Check stubs(1 month), Un-employment check(s), Bank Statement (1 month), Social Security (SSI) checks, Pension Checks, Alimony, Child Support, and/or Verification of Income.

What do I need to do?

1. Fully complete application within 30 days and include proof of income.
2. E-mail to HBS@newcc.health or drop off at any one of our clinics.
3. Call (920) 863-9376 and schedule a phone or in-person appointment.

I agree that the above information is correct and all sources of earnings have been reported. I will report any earnings changes and will re-apply every twelve months even if no changes occur. Failure to meet these conditions may disqualify me from future N.E.W. Community Clinic sliding fee.

Signature: _____ **Phone Number:** _____



NorthEast Wisconsin Community Clinic

Aplicación del descuento basado en los ingresos

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Indique todas las personas de las que usted es financieramente responsable (incluyéndose a usted)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

***Usted debe incluir sus fuentes de ingresos con esta aplicación.** Las fuentes de ingresos incluyen Declaración de impuestos del año pasado, W-2, talones de cheques de los últimos (30 días), cheques de desempleo, estado de cuenta bancaria de los últimos (30 días), cheques del Seguro Social (SSI), cheques de pensión, pensión alimenticia, manutención de los hijos, y/o verificación de ingresos.

Qué tengo que hacer?

1. Completar totalmente la aplicación y incluya pruebas de ingresos.
2. Enviarla por correo electrónico a HBS@newcc.health o entregarla en cualquiera de nuestras clínicas
3. Llame al (920) 863-9376 y programe una cita por teléfono o en persona.

Aseguro que la información indicada es correcta y que he declarado todas las fuentes de ingresos. Reportaré cualquier cambio en mis ingresos y volveré a llenar la aplicación cada doce meses aunque no haya cambios. En caso de no cumplir estas condiciones, se me podrá descalificar para futuros descuentos de la N.E.W. Community Clinic.

Firma: _____ Número de teléfono: _____