



Northeast DuPage Family & Youth Services

Open Door: Sliding Fee Scale Application

Northeast DuPage Family and Youth Services (NEDFYS) se compromete a brindarle servicios de salud mental de alta calidad independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago. Usamos una escala móvil de tarifas basada en el ingreso bruto del hogar y el tamaño de la familia para determinar su tarifa. Esto es posible gracias a nuestro programa de Puertas Abiertas. Complete esta solicitud y devuélvala, junto con la información financiera requerida.

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre del cliente: _____

¿Es usted un padre/tutor que completa esta solicitud en nombre de un menor? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione su nombre: _____

Dirección del cliente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Condado: ☐ DuPage ☐ Other _____ Municipio: _____

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

¿Tiene seguro de salud comercial o Medicaid? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Marque la casilla que mejor describa su situación financiera:

☐ Hogar de ingresos bajos/moderados ☐ Desempleado/a ☐ Discapacidad a largo plazo
☐ Sin seguro de salud ☐ Plan de seguro con deducible alto ☐ Otro

Si marcó "Otro", explique:

¿Ha cambiado su empleo o ingreso familiar desde su última declaración de impuestos?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud o una cuenta de gastos flexibles?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuál es el valor estimado de la cuenta? _____

INFORMACIÓN DEL INGRESO/TAMAÑO DEL HOGAR

Un “hogar” incluye a los hijos legales, una pareja en unión civil o un cónyuge casado y los dependientes legales.

Número total de personas que viven en su hogar: _____ ; Adultos _____ Niños _____

Proporcione su ingreso familiar bruto (antes de impuestos) del año pasado: _____

Incluya todas las fuentes de ingresos, p. sueldos, salarios, seguridad social, desempleo, renta de invalidez, renta de jubilación, inversiones, etc. de cada individuo que contribuye a los ingresos del hogar.

Para verificar sus ingresos, debemos tener una copia en el archivo de:

- Declaración de impuestos federales más reciente que muestre los ingresos anuales (Formulario 1040)
- O 3 talones de pago más recientes de las personas que trabajan en el hogar

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL CLIENTE

He revisado este formulario y certifico que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que se me cobrará la tarifa completa de mi visita si no presento documentación de ingresos para mi segunda visita. Entiendo que si hay algún cambio en mi situación financiera, debo notificar a NEDFYS en mi próxima sesión programada. Acepto que las tarifas de citas perdidas o canceladas tarde no están cubiertas por este programa. Entiendo y acepto que todas las tarifas deben pagarse en el momento del servicio.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Client Name _____

Annual Gross	Family Size					
	1	2	3	4	5	6
Under \$14,999	\$10.00	\$5.00	\$5.00	\$5.00	\$5.00	\$5.00
\$15,000 to \$19,999	\$15.00	\$10.00	\$5.00	\$5.00	\$5.00	\$5.00
\$20,000 to \$29,999	\$20.00	\$15.00	\$10.00	\$5.00	\$5.00	\$5.00
\$30,000 to \$39,999	\$30.00	\$25.00	\$20.00	\$15.00	\$10.00	\$5.00
\$40,000 to \$49,999	\$40.00	\$35.00	\$30.00	\$25.00	\$20.00	\$15.00
\$50,000 to \$59,999	\$50.00	\$45.00	\$40.00	\$35.00	\$30.00	\$25.00
\$60,000 to \$69,999	\$60.00	\$55.00	\$50.00	\$45.00	\$40.00	\$35.00
\$70,000 to \$79,999	\$70.00	\$65.00	\$60.00	\$55.00	\$50.00	\$45.00
\$80,000 to \$89,999	\$80.00	\$75.00	\$70.00	\$65.00	\$60.00	\$55.00
\$90,000 to \$99,999	\$100.00	\$90.00	\$85.00	\$80.00	\$75.00	\$70.00
\$100,000 to \$119,999	\$120.00	\$110.00	\$105.00	\$100.00	\$95.00	\$90.00
\$120,000 to \$139,999	\$140.00	\$130.00	\$125.00	\$120.00	\$115.00	\$110.00
\$140,000 to \$159,999	\$160.00	\$150.00	\$145.00	\$140.00	\$135.00	\$130.00
\$160,000 +	\$180.00	\$170.00	\$165.00	\$160.00	\$155.00	\$150.00

Primary Document (1 of the following)

✓	Income Type	Proof of Income (all members of the household)
	Salaries/Wages	Last 3 paystubs or Copy of signed Federal income tax return or Copy of W-2 for all household wage-earners 18 yrs of age or older
	Self Employed	Copy of signed Federal income tax return
	Social Security/Pension	Copy of Award statement or Proof of Income letter
	Disability	SSDI Award statement
	Unemployment	Benefit Notification Letter signed & dated by the State of IL
	Veteran Benefits	Benefit Award Letter
	Other Income	Additional Documents (as needed)

Sliding Fee Scale Level Approved: ☐ Yes ☐ No Client Fee Per Session: \$ _____

Therapist

Date

Clinical Director or Operations Director

Date