



Household Assessment Form

As a recipient of federal grant funds to help the underserved communities, Borrego Health is required to report demographic statistics on an annual basis. This information is reported in total without any individual information. The information provided on this form allows us to count you and your family within a specific income category based on Federal Poverty Guidelines. The Sliding Fee Scale Program is also available if you do not have insurance or are unable to afford your coinsurance or deductible for the services provided within Borrego Health that are covered by the program.

- ***Family Member:** Immediate Family (example: Partner, Spouse, Children)
- ***Total Income:** Total money earned by all family members in the Household
- ***Monthly:** Total Income paid each month

First/Last Name	Relationship (Circle One Please)	Date of Birth	Monthly Income
Name:	Self, Child Spouse/Partner	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$
Name:	Spouse/Partner Child	DOB:	Monthly Income: \$

***Total Household Income \$** _____

SIGNATURE

I certify that the information on this form is complete and correct:

Patient/Guardian Signature

Date

Office Use Only

Patient/Guardian was informed of Sliding Fee Program, Information sheet was provided. PR
 CSR: _____ (Please use First Initial, Full Last Name and Title)



Formulario de Evaluación Familiar

Como recipiente de fondos de becas federales para ayudar a las comunidades desatendidas, se le exige a Borrego Health reportar estadísticas demográficas de manera anual. Esta información se reporta en total sin ninguna información individual. La información proporcionada en este formulario nos permite contarle a usted y a su familia dentro de una categoría de ingresos específica basada en los lineamientos federales de pobreza. Además el programa de tarifa de pagos esta disponible si no tiene un seguro o no puede pagar su coaseguro o deducible por los servicios proporcionados dentro de Borrego Health y que son cubiertos por el programa.

- * **Familia:** Cualquier persona relacionada en la dirección de hogar
- * **Total de ingresos:** Total del dinero ganado por todos los miembros de familia en el hogar
- * **Mensual:** Total ingresos pagados cada mes

Nombre/Apellido	Relación (Circule Uno)	Fecha De Nacimiento	Ingresos
Nombre:	Yo Mismo Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
Nombre:	Esposo/a Pareja Niño/a	Fecha De Nacimiento:	Ingresos Mensuales: \$
*Ingresos total del hogar \$ _____			
FIRMA			
Yo certifico que la información en este formulario es correcta y completa:			
Firma del Paciente/Guardián:		Fecha:	

Office Use Only	
Patient/Guardian was informed of Sliding Fee Program, Information sheet was provided. <input type="checkbox"/> PR	
CSR: _____ (Please use First Initial, Full Last Name and Title)	