

Apply for Financial Assistance

Klamath Basin Behavioral Health provides necessary services to individuals seeking treatment, regardless of their ability to pay. Financial assistance is available for those with no insurance coverage or who need assistance with their portion of the cost. If you need financial assistance, please complete this form to the best of your ability. You may contact Client Financial Services at 541-883-1030 with any questions. Completed forms can be faxed to 458-202-2213, emailed to billing@kbbh.org, mailed to 2210 N Eldorado Ave, Klamath Falls, Oregon 97601, or returned to our front office.

Last Name: _____ First Name: _____ M.I.: _____

Client ID: _____ Date of Birth: _____ Social Security Number: _____ - _____ - _____

Marital Status: Never Married Married Divorced Widowed

Person responsible for paying the bill and relationship: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Cell Phone: _____

Total number in household: _____ Number of dependents: _____

Names of people employed, full-time or part-time in household	Relationship	Social Security Number
1. _____	_____	_____ - _____ - _____
2. _____	_____	_____ - _____ - _____
3. _____	_____	_____ - _____ - _____

Primary Insurance Carrier: _____ ID No: _____

Secondary Insurance Carrier: _____ ID No: _____

Please note that proof of all household income and a copy of most recent tax returns are required. Please attach verification of all types of income. Financial assistance will not be applied to your account until proof of income has been received.

Income Sources:

\$ _____ Last 30 day (year-to-date) pay stubs	\$ _____ Unemployment	\$ _____ Social Security/Pension/Veteran
\$ _____ Stocks, Bonds, IRAs, and Investments	\$ _____ Government Assistance/Disability	\$ _____ Other

Annual gross household income: \$ _____ Number of household members: _____

Federal Poverty Table, Updated 3/09/25

Size of Household	Maximum Household Income Levels							
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	\$15,060	\$37,650	\$41,415	\$45,180	\$48,945	\$52,710	\$56,475	\$60,240
2	\$20,440	\$51,100	\$56,210	\$61,320	\$66,430	\$71,540	\$76,650	\$81,760
3	\$25,820	\$64,550	\$71,005	\$77,460	\$83,915	\$90,370	\$96,825	\$103,280
4	\$31,200	\$78,000	\$85,800	\$93,600	\$101,400	\$109,200	\$117,000	\$124,800
5	\$36,580	\$91,450	\$100,595	\$109,740	\$118,885	\$128,030	\$137,175	\$146,320
6	\$41,960	\$104,900	\$115,390	\$125,880	\$136,370	\$146,860	\$157,350	\$167,840
7	\$47,340	\$118,350	\$130,185	\$142,020	\$153,855	\$165,690	\$177,525	\$189,360
8	\$52,720	\$131,800	\$144,980	\$158,160	\$171,340	\$184,520	\$197,700	\$210,880
9	\$58,100	\$145,250	\$159,775	\$174,300	\$188,825	\$203,350	\$217,875	\$232,400
10	\$63,480	\$158,700	\$174,570	\$190,440	\$206,310	\$222,180	\$238,050	\$253,920

**If you fall in category A or B our agency will cover the cost of medically necessary services. If you fall in categories C, D, E, F, G, or H you are responsible for the co-payment below and then our agency will cover the cost of medically necessary services after all other payers have been billed and processed.*

Co-Pay Fee Schedule

	A	B	C	D	E	F	G	H
% of Federal Poverty Level	100%	250%	250%-275%	275%-300%	300%-325%	325%-350%	350%-375%	375%-400%
Co-Pay	\$0.0	\$0.0	\$5.00	\$10.00	\$15.00	\$20.00	\$25.00	\$30.00

Client responsibility per services \$ _____

Co-pay fees will be due before seeing a provider (balance to be billed).

Your co-pay is a portion of your bill. The balance will be billed to your insurance and/or covered by the contracted payer.

The application is true to the best of my knowledge. If KBBH seeks verification of the information, I authorize any party contacted by KBBH to release the requested verification to KBBH.

Applicant's Signature: _____

Date: _____

For Office Use Only

Family size: _____ Total household income: _____ p/year, month, week (x 4.33)

Proof of income provided: _____

Co-pay based on schedule: \$ _____

Approved by: _____

Expiration date: _____

Solicite la asistencia financiera

Klamath Basin Behavioral Health presta los servicios necesarios para las personas que buscan tratamiento, sin perjuicio de su capacidad de pagar. Hay asistencia disponible para aquellos que no tengan cobertura de seguros o que necesiten asistencia con parte del costo. Si necesita asistencia financiera, complete este formulario lo mejor que pueda. Puede comunicarse con los Servicios financieros para clientes al 541-883-1030 si tiene preguntas. Puede enviar los formularios completados al fax 458-202-2213, al correo electrónico billing@kbbh.org, por correo a 2210 N Eldorado Ave, Klamath Falls, Oregon 97601, o entregarlos en nuestras oficinas de atención al público.

Apellido: _____ Nombre: _____ In. 2.º nom.: _____

ID del cliente: _____ Fecha de nac.: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Estado

civil: Nunca se casó Casado Divorciado Viudo

Persona responsable de pagar la factura y relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Cantidad de personas en la familia: _____ Cantidad de dependientes: _____

Nombres de las personas con empleo, a tiempo completo o medio tiempo en la familia	Relación	Número de Seguro Social
1. _____	_____	_____ - _____
2. _____	_____	_____ - _____
3. _____	_____	_____ - _____

Compañía del seguro primario: _____ N.º de ID: _____

Compañía del seguro secundario: _____ N.º de ID: _____

Tenga en cuenta que debe proporcionar comprobante de ingresos de la familia y una copia de las declaraciones de impuestos más recientes. Adjunte la verificación de todos los tipos de ingresos. No se aplicará la asistencia financiera a su cuenta hasta que hayamos recibido los comprobantes de ingresos.

Fuentes de ingresos:

\$ _____ Recibos de sueldo de los últimos 30 días (del año hasta la fecha)	\$ _____ Desempleo	\$ _____ Seguro Social/Pensión/Veterano
\$ _____ Acciones, bonos, cuentas personales de jubilación (IRA) e inversiones	\$ _____ Asistencia del gobierno/Discapacidad	\$ _____ Otra

Ingreso bruto anual de la familia: \$ _____ Cantidad de miembros de la familia: _____

Tabla de pobreza federal, actualizada el 21/ene./2023

Tamaño de la familia	Niveles de ingresos máximos de la familia								
	*	A	B	C	D	E	F	G	H
1		\$15,060	\$37,650	\$41,415	\$45,180	\$48,945	\$52,710	\$56,475	\$60,240
2		\$20,440	\$51,100	\$56,210	\$61,320	\$66,430	\$71,540	\$76,650	\$81,760
3		\$25,820	\$64,550	\$71,005	\$77,460	\$83,915	\$90,370	\$96,825	\$103,280
4		\$31,200	\$78,000	\$85,800	\$93,600	\$101,400	\$109,200	\$117,000	\$124,800
5		\$36,580	\$91,450	\$100,595	\$109,740	\$118,885	\$128,030	\$137,175	\$146,320
6		\$41,960	\$104,900	\$115,390	\$125,880	\$136,370	\$146,860	\$157,350	\$167,840
7		\$47,340	\$118,250	\$130,185	\$142,020	\$153,855	\$165,690	\$177,525	\$189,360
8		\$52,720	\$131,800	\$144,980	\$158,160	\$171,340	\$184,520	\$197,700	\$310,880
9		\$58,100	\$145,250	\$159,775	\$174,300	\$188,825	\$203,350	\$217,875	\$232,400
10		\$63,480	\$158,700	\$174,570	\$190,440	\$206,310	\$222,180	\$238,050	\$253,920

**Si está en las categorías A o B, nuestra agencia cubrirá el costo de los servicios médicamente necesarios. Si está en las categorías C, D, E, F, G o H es responsable del copago que se indica a continuación y después nuestra agencia cubrirá el costo de los servicios médicamente necesarios después de que se les haya facturado y procesado a todos los demás pagadores.*

Cuadro de tarifas de pagos

	A	B	C	D	E	F	G	H
% de nivel de pobreza federal	100 %	250 %	250 %-275 %	275 %-300 %	300 %-325 %	325 %-350 %	350 %-375 %	375 %-400 %
Copago	\$0.0	\$0.0	\$5.00	\$10.00	\$15.00	\$20.00	\$25.00	\$30.00

Responsabilidad del cliente por los pagos \$ _____

Deberá pagar las tarifas de copagos antes de ver al proveedor (el saldo se facturará).

Su copago es una parte de su factura. El saldo se facturará a su seguro o lo cubrirá el pagador contratado.

La solicitud es auténtica a mi leal saber y entender. Si KBBH necesita la verificación de la información, autorizo a cualquier parte con la que se comunique KBBH a divulgar la verificación solicitada a KBBH.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina

Tamaño de la familia: _____ Ingreso total de la familia: _____ p/año, mes, semana (x 4.33)

Comprobante de ingreso proporcionado: _____

Copago basado en el cuadro: \$ _____

Aprobado por: _____

Fecha de vencimiento: _____