

Solicitud de Programas de Escala de Tarifas Progresivas y de Descuento para Pacientes que Pagan por Sí Mismos

La Agencia de Salud del Condado de Ventura (VCHCA, por sus siglas en inglés) tiene el compromiso de proporcionar la atención sanitaria y los servicios de emergencia de más alta calidad a los miembros de nuestra comunidad diversa. Nuestra misión es proporcionar una atención de salud excelente que sea completa, eficaz en cuanto a costos y compasiva en todo el Condado de Ventura.

En VCHCA nos esforzamos en poner la atención sanitaria a disposición de todos en nuestra comunidad, independientemente de su capacidad para pagar. Ofrecemos a los pacientes elegibles un Programa de Descuento con Tarifas Progresivas (SFDP) y un Programa de Descuento para Pacientes que Pagan por Sí Mismos (SPDP) con requisitos fáciles. El SFDP tiene 4 niveles de descuento en el pago y el SPDP tiene seis niveles de descuento en el pago basados en los ingresos individuales o familiares. Usted puede pedir ayuda financiera si usted, o su hogar, tienen ingresos iguales o inferiores al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Hay disponibles planes de pago para familias con ingresos superiores al 200% del FPL.

El Programa de Descuento con Tarifas Progresivas y el Programa de Descuento para Pacientes que Pagan por Sí Mismos están disponibles en:

UBICACIONES DE DISPONIBILIDAD DEL PROGRAMA MARCADAS CON ●

Número de Programa	% del Nivel Federal de Pobreza	Programa de Escala de Tarifas Progresivas en Clínicas	Programa de Descuento para Pacientes que Pagan por Sí Mismos en Clínicas	Programa de Descuento para Pacientes que Pagan por Sí Mismos en VCMC y SPH
1	0% al 100%	●		●
2	100.01% al 138%	●		●
3	138.01% al 150%	●		●
4	150.01% al 200%	●		●
5	200.01% al 350%	NO DISPONIBLE	●	●
6	superior al 350%	NO DISPONIBLE	●	●

Quien es elegible:

- Personas individuales no elegibles para cobertura de seguro.
- Con cobertura de seguro (con un costo alto de pago por parte del paciente)
- Que cumplen criterios de ingresos.
- No es necesaria situación de inmigración.

Para solicitar, por favor, presentar los siguientes documentos:

- Prueba de ingresos, como formulario W-2, talón de cheque de nómina o declaración de impuestos.
- Información de cuenta bancaria y de tarjeta de crédito personal/familiar (en su caso).
- Conocimiento de ingresos del hogar y gastos de vida.
- Información sobre la factura médica actual (en su caso).
- Identificación (licencia de manejo, tarjeta de identificación o pasaporte).

Si necesita ayuda con los requisitos de la política del Programa de Descuento con Tarifas Progresivas o del Programa de Descuento para Pacientes que Pagan por Sí Mismos y/o con la solicitud, el personal de nuestra clínica estará encantado de ayudarle.

Ofrecemos servicios bilingües y de interpretación.

Nuestro compromiso de valorar la diversidad de todas las personas y ser respetuosos e incluir a todos se hace más sencillo al involucrar y formar a nuestra comunidad, para mejorar la salud general de todos en nuestro condado. En la Agencia de Salud del Condado de Ventura estamos deseosos de servirle.

Información sobre Ingresos

Tipo de Ingreso:	Mensual Total de los últimos 12 meses
Total de salarios	\$
En su caso Total de otros salarios relacionados con trabajo: Beneficios por Huelga Desempleo Asignación Militar	\$
En su caso Ingresos Relacionados con Jubilación: Seguro Social Pensiones Cuenta Personal de Jubilación (IRA)	\$
Otros (en su caso): Pensión conyugal/Manutención de hijos Dividendos/Intereses Discapacidad Cuenta en Fideicomiso Ingresos por Intereses Otros	\$

Marcar la prueba de ingresos que se adjunta: Formulario W-2 Talón de Cheque de Nómina Declaración de Impuestos

**** Complete la sección de Gastos del Hogar si los ingresos del hogar son superiores al 200% y se necesita un plan de pago para ** servicios de clínica o si los ingresos del hogar son inferiores o iguales al 350% y se necesita un plan de pago para servicios de hospital**

Gastos del Hogar

Gastos de Vida Esenciales	Totales/Estimaciones Mensuales
Alquiler o Hipoteca (incluyendo gastos de mantenimiento)	\$
Alimentos y Suministros del Hogar	\$
Servicios (Agua, Gas, Electricidad, Basura) y Teléfono (celular y línea fija)	\$
Ropa	\$
Pagos Médicos y Dentales	\$
Seguros	\$
Escuela y Cuidado de Hijos	\$
Manutención de Hijos y Cónyuge	\$
Gastos de Transporte y Vehículo (incluyendo seguro, combustible y reparaciones)	\$
Pagos en Plazos (no incluidos más arriba)	\$
Gastos de Lavandería y Limpieza	\$
Otros Gastos Extraordinarios u otros Gastos no Enumerados anteriormente	\$

Compañía de Tarjeta de Crédito	Cantidad Pagada cada Mes	Cantidad de Crédito Disponible
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Información sobre Cuentas Bancarias (en su caso)

Nombre del Banco/Sucursal	Tipo de Cuenta (Corriente, de Ahorro, Primaria)	Número de Cuenta
		\$
		\$
		\$

Descargo y Firma

Yo, el solicitante/paciente autorizo/acepto/entiendo que mi médico puede ser informado sobre esta solicitud de atención gratuita.

Yo, el solicitante/paciente, entiendo que se me puede pedir que demuestre mis afirmaciones contenidas en esta solicitud y que mi elegibilidad está sujeta a verificación por parte de VHCA, contactando a mi empleador, banco y compañías de tarjetas de crédito para verificación, y mediante búsquedas en línea de propiedades.

Al presentar una Solicitud al Programa de Descuento para Pacientes que Pagan por Sí Mismos, y conforme a la legislación federal, yo, el solicitante/paciente, solicito que VCHCA determine mi elegibilidad para servicios gratuitos. Entiendo que, si la información que he proporcionado es falsa, VCHCA denegará la elegibilidad para el programa y denegará la prestación de servicios como servicios gratuitos, y yo, el solicitante/paciente, seré responsable de los gastos por los servicios proporcionados.

Declaro que las afirmaciones que se realizan en este documento son ciertas y verdaderas según mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

SECCIÓN SOLO PARA USO DE OFICINA

HCA

Fecha

Nombre de Testigo con letra de imprenta

Fecha