

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Solicitud de reducción en los honorarios de  
Blackstone Valley Community Health Care, Inc.**

Blackstone Valley Community Health Care, Inc. (BVCHC) es un centro comunitario de salud sin fines de lucro. Recibimos apoyo financiero limitado de muchas fuentes diferentes para poder proporcionar la atención médica y dental con honorarios reducidos a nuestros pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Para poder ser considerado para recibir una reducción en los cargos, necesitamos documentar su nivel de ingresos y mantener esta información confidencial en nuestros archivos. Por favor, liste a todas las personas que viven en la casa y su ingreso.

Apellido, nombre	Relación (usted mismo, cónyuge, compañero/a, hijo/a, amigo/a)	Si corresponde, compañía aseguradora y número (Si corresponde)	Ingreso bruto mensual	Fecha de nacimiento	N.º de cuenta en BVCHC (uso del personal solamente)

Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apto N.º/Piso: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono en su casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Notas importantes:**

La documentación del ingreso que se puede usar para evaluar si puede recibir honorarios reducidos puede incluir: 1) copia más reciente de su Declaración Federal del Impuesto a la Renta de cualquier persona que vive en la casa. 2) últimos 2 talones del cheque de sueldo de cualquier persona que vive en la casa mayor de 18 años; 3) como última medida, podemos considerar los últimos estados de cuentas bancarias siempre que todos los depósitos sean avalados con la documentación pertinente.

\* Nueva documentación sobre el ingreso debe volver a presentarse **anualmente** para permitir una nueva evaluación de la elegibilidad. El período de elegibilidad es desde el 1° de mayo al 30 de abril de cada año. Por lo tanto, se debe presentar una nueva solicitud para las citas a partir del 1° de mayo de cada año.

\*También se debe volver a presentar y verificar nueva documentación sobre el ingreso si ocurre algún cambio en el número de personas en la casa y/o un cambio material en el ingreso bruto familiar.

\*Una vez que se determine que es elegible para recibir una tarifa reducida, podemos aplicar dicha tarifa a las visitas estipuladas.

\*El pago por cualesquier honorarios reducidos correspondientes debe hacerse en el momento de cada visita. Si se determina que no cumple con los requisitos para recibir honorarios reducidos, deberá pagar el costo completo de cada visita en el momento de la visita.

\*No se garantizan los honorarios reducidos a menos que la documentación del ingreso se encuentre dentro de las Pautas del Ingreso para Honorarios Reducidos (Reduced Fee Income Guidelines).

Si tiene alguna pregunta sobre la documentación del ingreso o el programa de honorarios reducidos, por favor llame al 401-722-0081 y pida hablar con un Consejero de Recursos Familiares.

Por la presente certifico que toda la información incluida en esta solicitud es correcta y completa según mis conocimientos. Otorgo permiso al BCVCH para verificar la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Entiendo que caso contrario, toda la información es confidencial y que solamente se usará con relación a la inscripción en el programa de honorarios reducidos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**El personal del BVCHC debe escribir debajo de esta línea**

---

Prueba del ingreso recibida y verificada: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_