

Aplicação para programa de pagamentos reduzidos Blackstone Valley Community Health Care

Blackstone Valley Community Health Care (BVCHC) é um centro de saúde comunitário sem fins lucrativos. Recebemos recursos financeiros limitados de inúmeras fontes diferentes para conseguir prestar tratamento médico e dental com base em programas de pagamentos reduzidos para os nossos pacientes que pagam suas próprias despesas e cujo seguro de saúde é insuficiente. A redução de custos tem base no seu nível de rendimento e o tamanho familiar. As normas de rendimento e uma percentagem das Regras Federais da Pobreza (Federal Poverty Guidelines)

Para cumprir com os requisitos da redução de custos temos que receber uma aplicação completa com documentos apropriados e prova de rendimento. Os documentos de rendimento permanecerá no arquivo e toda a informação recolhida durante o processo de aplicação se mantém estritamente confidencial.

Se for aprovada, a aplicação estará válida por um ano*, depois do qual se requer uma aplicação nova e novas provas de rendimento. **Podes pedir um apontamento com um Coordenador de Inscrições e Serviços para ajudar-lhe com o processo de aplicação.**

A seguinte lista lhe ajudará em prover uma aplicação completa. Precisas de:

Formulário Preenchido Completo

- Escreva na aplicação todos os membros da sua família que vivem contigo.
- Prove prova de rendimento para cada membro familiar qualificado
 - De 18 anos ou maior se estiver trabalhando
 - Se tiver 18 anos ou mais, não tem rendimento e é estudante de tempo completo indique FTS
 - Se tiver 18 anos ou mais, não trabalha, não é estudante - Precisa de uma Carta de Apoio

:Documentos aceitáveis como prova de rendimento inclui:

- Formulário W2 do ano anterior do seu empregador – só se pode usar desde 1 de Janeiro até 30 de Abril cada ano. Depois de 30 de Abril, tens que usar o formulário 1040 de declaração de impostos
- Se recebes pagos semanais – Se requer 4 contra cheques recentes e consecutivos. Deverá mostrar rendimento bruto
- Se recebes quinzenalmente – Se requer 2 contra cheques recentes e consecutivo.
- Carta do seu empregador
 - Preferivelmente em papel timbrado da empresa, mas não obrigatório
 - A carta tem que conter nome da empresa, nome e o título do signatário e um número de telefone.

- A carta tem que incluir o rendimento por hora e quantas horas trabalhas numa semana
- Formulario federal de declaracao de impostos 1040 do ano mais actual
- Formulario federal 4506-T – Transcripcao dos impostos do ano mais actual
- Se trabalhas por conta propria – datos equivalentes aos últimos 3 meses e gastos laborais
 - Se nao tiver documentos disponiveis, preencha o formulario de Declaracao Pesoal
 - * Se for aprovado o formulario de Declaracao Pesoal, so sera valido por um máximo de 3-6 meses. Se requer uma nova aplicacao cada 6 meses.

Received By: _____
 Date Received: _____

Data de hoje: _____

**Inscrição para pagamentos reduzidos no
 Blackstone Valley Community Health Care, Inc.**

O Blackstone Valley Community Health Care, Inc. (BVCHC) é um centro de saúde comunitário sem fins lucrativos. Recebemos recursos financeiros limitados de inúmeras fontes diferentes para conseguir prestar tratamento médico e dentário com base em programa de pagamentos reduzidos para os nossos pacientes que arcam com suas próprias despesas e cujo seguro é insuficiente. Para sua qualificação neste programa de redução nos pagamentos, precisamos comprovantes do seu nível de renda e manteremos estas informações confidenciais em nossos arquivos. Liste, por favor, todas as pessoas que moram em sua casa e os rendimentos respectivos.

Sobrenome, Nome	Relacionament o (o próprio, cônjuge, parceiro, filho, amigo, etc.)	Data de nascimento	Se aplicável, a empresa de seguros médicos e o número do seguro.	Renda bruta mensal	Renda bruta anual	Acct # BVCHC Staff use only

Nome do avalista: _____ Nº do Seguro Social: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____

Email: _____

Observações importantes:

A documentação relativa aos rendimentos que pode ser usada para avaliar a qualificação para pagamentos reduzidos pode incluir:

1. a cópia mais recente das Declarações de Imposto de Renda para qualquer pessoa que mora na residência.
2. os 4 últimos contracheques de qualquer pessoa que more na residência e tenha mais de 18 anos de idade.
3. Uma carta do seu emprego / a pessoa por quem trabalha.

4. como último recurso, podemos levar em conta alguns dos últimos extratos bancários desde que todos os depósitos estejam comprovados por documentação adequada para verificação.

*A partir de 1/1/2009, assim que determinada a sua qualificação para pagamentos reduzidos, esta permanecerá válida até 30/4/2010. Uma nova documentação relativa aos rendimentos deverá ser reapresentada para renovação da qualificação para consultas após 1/5/2010.

*Uma nova documentação relativa aos rendimentos deve ser apresentada e verificada se houver alguma alteração no número de pessoas que moram na residência e/ou uma alteração material na renda bruta para a residência. Uma vez determinada a sua qualificação para pagamentos reduzidos, podemos aplicar estes valores reduzidos no pagamento de consultas que dão direito a esta redução.

*Todos os pacientes que qualificam para o desconto têm que fazer um pago mínimo de \$20 na hora da consulta. Por favor tome nota que esta quantidade pode mudar dependendo do serviço que for fornecido durante a sua visita. Se for determinado que não qualifica para o desconto, o pago em total será esperado na hora da consulta.

*Somente quando a documentação relativa aos rendimentos estiver de acordo com as Diretrizes para Pagamentos Reduzidos por Renda é que o seu direito de fazer pagamentos reduzidos estará garantido.

Se tiver alguma dúvida sobre a documentação de rendimentos ou o programa de pagamentos reduzidos, ligue, por favor, para 401-729-0081 e peça para falar com um Consultor de Recursos Financeiros.

“Atesto pelo presente que todas as informações dadas neste pedido de inscrição estão corretas e foram preenchidas com base no meu conhecimento. Autorizo a BCVCH a verificar qualquer informação necessária para determinar minha qualificação. Por outro lado, compreendo que todas as informações são confidenciais e somente serão usadas no processo de inscrição para o programa de pagamentos reduzidos.”

Assinatura do paciente: _____ Data: _____

Funcionários da BVCHC devem preencher abaixo desta linha

Proof of income was received and verified: Yes _____ No _____

Initials of employee: _____ Date: _____

Label goes here