

Received By: _____
 Date Received: _____

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, etc.)	Fecha de nacimiento	Si corresponde, seguro médico y número de identificación del portador	Ingreso bruto mensual	Ingreso bruto anual	Acct # BVCHC Staff use only

Nombre del garante: _____ N.º del Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Notas importantes:

La documentación del ingreso que se puede usar para evaluar si puede recibir servicios reducidos puede incluir:

1. Una copia más reciente de su Declaración Federal de Impuestos para cualquier persona que viva en el hogar.
2. Los últimos 4 talones de cheque del sueldo de cualquier persona mayor de 18 años, que viva en la casa.
3. Una carta de su empleador o persona con la que está trabajando.
4. Como última medida, podemos considerar los últimos estados de cuentas bancarias siempre y cuando todos los depósitos sean avalados con la documentación apropiada.

* A partir de 1/1/2009, una vez determinado que usted es elegible para la reducción de las tasas de elegibilidad; es válida hasta el 4/30/2010. Nueva documentación de ingresos debe ser presentado nuevamente para la re- evaluación de la elegibilidad para las visitas después de 5/1/2010.

*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.

*Hay un saldo mínimo de \$20.00 al momento de la visita para todos los pacientes que califican para una tarifa reducida. Tenga en cuenta que esta cantidad puede cambiar dependiendo de los servicios proporcionados a usted durante su visita. Si se determina que no es elegible para recibir una tarifa reducida, 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 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

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

Initials of employee: _____ Date: _____

Label Goes Here