

Aplicación de Programa de Tarifa Reducida de Blackstone Valley Community Health Care

Blackstone Valley Community Health Care (BVCHC) es un centro de salud comunitario sin fines de lucro. Recibimos financiamiento limitado de fuentes diferentes para poder proporcionar cuidado médico y dental con honorarios reducidos a nuestros pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. La reducción de tarifas es basada en el ingreso y tamaño familiar. Las pautas del ingreso es un porcentaje de las Guías de Pobreza Federal (Federal Poverty Guidelines)

Para cumplir con los requisitos de la reducción de tarifas tenemos que recibir una aplicación completa con la documentación apropiada y prueba de ingresos. Los documentos de ingreso quedaran archivados y todos los datos recogidos en el proceso de aplicación son estrictamente confidenciales.

Si es aprobado, la aplicación estará valido por un ano*, después de lo cual se le pedirá que complete una nueva aplicación y nuevos comprobantes de ingreso. **Puedes pedir una cita con una Coordinadora de Inscripciones y Servicios para ayudarle con el proceso de aplicación.**

La siguiente lista le ayudara en proveernos una aplicación completa. Necesitaras:



Formulario de Solicitud Completo

- Escriba en la solicitud todos los miembros de su familia que viven en su casa.
- Proporcione comprobante de ingreso para cada miembro calificado de su hogar
 - De 18 años de edad o mayor si está trabajando
 - Si tiene 18 años o más, no tiene ingreso y es estudiante de tiempo completo indique FTS
 - Si tiene 18 años o más, no trabaja, no es estudiante- Se necesitará una Carta de Soporte



:Documentos aceptables como comprobantes de Ingreso incluye:

- Formulario W2 del ano anterior de su empleador – solo se puede usar desde 1 de Enero hasta 30 de Abril cada ano. Después del 30 de Abril, tiene que usar el formulario 1040 de declaración de impuestos
- Si recibe pagos semanales – Se requiere 4 talonarios de pago recientes y consecutivos. Deberá mostrar ingreso bruto
- Si recibe cada quincena– Se requiere 2 talonarios de pago recientes y consecutivo.
- Carta de su empleador
 - Preferiblemente con el membrete de la empresa, pero no obligatorio
 - La carta tiene que contener nombre de empresa, nombre y cargo de la persona firmando la carta y un numero de teléfono
 - La carta tiene que incluir el sueldo por hora y la cantidad de horas que trabajas en una semana
- Formulario federal de declaración de impuestos 1040 del ano más actual
- F Formulario federal 4506-T – Transcripción de los impuestos del ano más actual
- Si trabajas por su cuenta – datos equivalentes a los últimos 3 meses y gastos laborales
 - Si no tiene documentos disponibles, llene el formulario de Declaración Personal

- * Si se aprueba el formulario de Declaración Personal, solo quedara valido por el máximo de 3-6 meses. Se requiere una nueva aplicación cada 6 meses.



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