

PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA FLEXIBLE

Bienvenidos a Harrisonburg Community Health Center. Nosotros ofrecemos cuidado médico y cuidado dental económico a través del Programa de Descuento de Tarifa Flexible para individuos y familias sin seguro médico o con seguro insuficiente. Elegibilidad es basada en el tamaño familiar e ingreso familiar. *Nuestra misión es ser un proveedor líder de servicios de salud de calidad en nuestra comunidad diversa.*

Programa De Descuento De Tarifa Flexible de HCHC se basa en la definición de la pobreza federal (FPGL) proporcionada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y es dividida en cuatro categorías: A, B, C y D con las siguientes tarifas:

Categorías	Nivel de Ingreso	Tarifas Médica por visita	Tarifa Dental por visita	Tarifa de salud Mental por visita
Variación A	100% FPGL y menos	\$10	\$60 servicios básicos \$400 servicios complejos	\$5
Variación B	101-150% FPGL	\$20	Descuento del 30% de su tarifa	\$10
Variación C	151-175% FPGL	\$30	Descuento del 25% de su tarifa	\$15
Variación D	176-200% FPGL	\$40	Descuento del 20% de su tarifa	\$20

No hay cargos por visita al laboratorio sin importar el número de análisis hechos en la consulta, para aquellos pacientes elegibles para la tarifa de descuento flexible al menos que el paciente también tenga seguro comercial. El proveedor de procesamiento de laboratorio le facturara a su seguro y cualquier balance sin pagar será responsabilidad del paciente. La aplicación de Descuento de Tarifa Flexible necesita ser renovada cada año, y para aquellos que proveen una carta de apoyo la aplicación será renovada cada 6 meses. Miembros de la familia son definidos como jefe de hogar, cónyuges, padre(s) con custodia y dependientes financieros. Dependientes son aquellos individuos que el solicitante tiene obligación de apoyar.

Los solicitantes **TIENEN** que proveer pruebas de todas sus fuentes de ingreso que aplique en los últimos 30 días.

Marque todas las fuentes de pruebas de ingreso que apliquen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formulario de impuestos 1040 (no W2's) | <input type="checkbox"/> Carta de beneficios de Pensión |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social / Carta de incapacidad | <input type="checkbox"/> Herencia |
| <input type="checkbox"/> Carta de beneficios de Desempleo (no estados de cuentas bancarias) | <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> Carta de Apoyo | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Carta del empleador (si le pagan en efectivo) | <input type="checkbox"/> Salario (si le pagan semanal los últimos 4 talones de cheques, si le pagan quincenal los últimos 2 talones de cheques) |

APLICACIÓN DE DESCUENTO DE TARIFA FLEXIBLE

Nombre completo de aplicante:	Numero de Seguro Social:
Dirección de correo:	Fecha de Nacimiento:
Ciudad, Estado, Código Postal	Número de teléfono primario:

Por Favor Liste Todos Los Miembros De Su Hogar

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Paciente de HCHC Dental		Paciente de HCHC Clínico		Seguro Dental		Seguro Médico	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

¿El aplicante ha sido evaluado para **El Mercado de Seguro de Salud, Medicaid** o alguna otra **asistencia** del Departamento de Servicios Sociales?

SI	NO	Si su respuesta es sí, ¿cuál y porqué el paciente no recibe la ayuda anterior?
-----------	-----------	--

¿Le gustaría aplicar?

SI	NO	Si no, explique ¿por qué?
-----------	-----------	---------------------------

DECLARACIÓN JURADA: Al firmar, yo atestiguo que desde la fecha de mi firma las fuentes de ingreso listadas son todas de mi hogar, los miembros del hogar listados son todos totalmente dependientes en ese ingreso y que la documentación que proveí para verificar mi nivel de ingreso es verdadero.

***Yo entiendo que si la información es encontrada incompleta o fraudulenta yo seré removido de la escala de descuento permanentemente.**

Firma de Aplicante/Persona Responsable

Fecha

--	--

For Office Use Only

Valid Until: _____ Staff Initials: _____ Slide: _____ Self Dec. Application: Y / N