

CLINICAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE MONTEREY

Seaside Family Health _____ Monterey County Clinic at Marina _____ Alisal Health Clinic _____ Public Health Clinics _____
Laurel Clinics: Laurel Vista _____ Family Practice _____ Pediatric Clinic _____ Internal Medicine Clinic _____

APLICACION PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS REDUCIDAS

***** Comprobantes de ingresos necesitan que estar incluido con esta forma *****

Favor de leer y llenar esta forma completo. Conteste todas las preguntas y firme la declaración atrás de esta página. *Aplicaciones incompletas serán negadas o mandadas para tras*

NOMBRE DE PACIENTE ↓	FECHA DE NACIMIENTO ↓	SEGURO SOCIAL ↓	TELEFONO ↓

DOMICILIO ↓	CIUDAD ↓	ZONA POSTAL ↓

DOMICILIO DE CORRESPONDECIA (si diferente que domicilio) ↓	CIUDAD ↓	ZONA POSTAL ↓

¿Empresario del *Paciente o tipo de ingreso o persona que te mantiene?: _____
 ¿El *Paciente es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos? Sí ___ o No ___

Miembros de la familia del Paciente que viven en el hogar: ↓	Fecha de Nacimiento	Relación al paciente ↓	Empresario o Tipo de Ingreso o Nombre de la Escuela de su hijos que asisten

¿Cuál es el ingreso total en bruto por mes o año de su familia? _____ mes / año
 ¿Cuánto paga de renta o hipoteca al mes? _____ renta / hipoteca
 ¿Tiene seguro medico? _____ ¿Si tiene, con quien? _____

Comprobantes de ingresos de la familia (de un mes) deben estar adjunto a esta forma. Y deben ser proporcionados al centro de salud dentro de 30 días de la fecha de servicio para poder obtener un descuento. Los descuentos son válidos por 1 año, y deberán ser renovados después de ese periodo de tiempo para mantener su nivel de descuento. (No aceptamos carta de sostenimiento.) Pruebas de ingresos pueden ser:

- Copia de declaración de impuestos, los más reciente (Income Tax: forma 1040 pagina 1 y 2) o W-2 de cada persona que trabaja
- Copias de talones de cheque de un mes (últimos 30 días).
- Cheque de Mantenimiento de hijos/matrimonio (ordenado por corte) menos de 30 días.
- Talones de cheque de Compensación de Trabajadores, desempleo, seguro social o Pensión
- Letra de confirmación del Seguro Social o verificación de depósito directo.
- Carta firmada del empleador (sí le pagan en efectivo)
- Carta de Asistencia del Estado (ayuda monitoria)
- Si alguien mantiene a usted el paciente, necesitamos comprobantes de ingresos de esa persona.

Over →

Toda la información que usted sirve es confidencial y esta es un programa voluntaria.

Residentes viviendo bajo los reglamentos de un patrocinador no son elegibles a este programa. El patrocinador del paciente es responsable para todos los cargos médicos del paciente.

Adultos que viven en los Estados Unidos o son residentes legales, de 21 a 64 años de edad que tienen ingresos que entre o abajo de 138% de las pautas de federales de pobreza están presumidos de ser elegible para Medi-Cal bajo de la programa “Affordable Care Act (ACA)” y son apoyados a aplicar al Departamento de Servicios Sociales y Empleo.

DECLARACION

Yo entiendo que los servicios médicos que estoy recibiendo hoy, serán cobrados al 100% del costo. Yo entiendo que el total de los ingresos de la familia y el tamaño de la familia van a determinar el descuento, si soy elegible. (Las Pautas Federales determinaran si elegible y cuanto descuento tendrá)

Yo entiendo que ciertos servicios, procedimientos, o vacunas son limitados y no podrán ser cubiertas debajo de este programa. (Visitas de vacunas solamente o de responsabilidad de terceros partidos, etc. no son cubiertos.)

Si yo proporciono a la clínica comprobante de que los ingresos de mi familia (aplicate, conyuge, pareja, los padres del paciente, o la persona que mantiene el paciente) y los ingresos están dentro de las pautas para tarifas reducidas, los honorarios de servicios serán reducidos.

Yo certifico bajo pena de la ley que la información obtenida en esta forma es correcta.

Paciente o Persona Responsable

Fecha

Aplicaciones pueden ser mandados a la oficina de negocios a:
Atención: SSDF Program,
Clinic Services Division,
1615 Bunker Hill Way, Ste.100,
Salinas, CA 93906

Para Uso de Oficina Solamente

Approved: _____ Denied: _____ (date) _____ Reason: _____ By: _____ DISCOUNT: _____			
Application Received: ____/____/____	Approved: ____/____/____	By: _____	CARD # _____