

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO

La Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura (VCHCA) está comprometida en proveer la más alta calidad en el cuidado de salud y servicios de urgencias a miembros de nuestra comunidad diversa. Nuestra misión es brindar excelente cuidado integral, económico, y compasivo en todo el Condado de Ventura.

En la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura nos esforzamos por que el cuidado de salud sea disponible para todos en nuestra comunidad, sin importar la habilidad de poder pagar. Nuestros programas incluyen Programa de Descuento (DP) para pacientes en el Centro Médico del Condado de Ventura (VCMC) y el Hospital de Santa Paula, Terapia Física Eastman y clínicas con licencia bajo VCMC (Anacapa, Academic Family Medicine, especialidades medicas, y clínicas de hematología-oncología en pediatría y adultos). El Programa de Descuento tiene seis niveles de descuento basado en ingresos individuales ó familiares. Usted puede solicitar asistencia financiera si su ingreso familiar esta en ó menos del Nivel de Pobreza Federal (FLP) 400%. Plan de pagos también está disponible para familias con ingresos máximos del Nivel Federal de Pobreza 400%. *(Por favor tenga en cuenta que para pacientes en nuestro Programa Federal Calificado en Centros de Salud, hay una solicitud por separado para el programa de Descuento con Tarifa Variable).*

DISPONIBILIDAD DEL PROGRAMA EN LUGARES MARCADOS ●

NUMERO DE PROGRAMA	% del Nivel de Pobreza Federal	Programa de Descuento en Clinicas No FQHC	Programa de Descuento en VCMC & SPH
1	0% to 100%	●	●
2	100.01% to 138%	●	●
3	138.01% to 150%	●	●
4	150.01% to 200%	●	●
5	200.01% to 400%	●	●
6	Mayor que 400%	●	●

Quien es Elegible para el Programa de Descuento :

- Individuos no elegibles para cobertura de seguro médico.
- Si tiene cobertura de seguro médico (con alto costo ó costo de su bolsillo).
- Cumple con las reglas aplicables de ingresos.
- Estado Migratorio no es requerido.

Para solicitar el Programa de Descuento Por favor entregue los Siguietes Documentos:

- Comprobante de ingresos tal come talón de cheque ó declaración de impuestos
- Conocimiento de ingreso familiar y gastos de manutención (si esta solicitando plan de pagos).
- Información de factura médica actual (si esta disponible).
- Identificación (Licencia de manejar, tarjeta de identificación, ó pasaporte).

Si necesita asistencia con requisitos de nuestra poliza/ ó la solicitud del Programa de Descuento, nuestro personal estará gustoso de poder ayudarle. Proveemos servicios Bilingües e Interpretación.

Nuestro compromiso para valorar la diversidad de todas las personas y mostrar respeto é inclusividad para todos es facilitado participar y educar nuestra comunidad, para mejorar la salud en general en nuestro Condado. Aquí en la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura esperamos poder servirle.

Solicitud para el Programa de Descuento

Solicitante/Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ Cuenta (si es disponible) _____
Nombre Apellido

Dirección: _____
Dirección Departamento/Unidad #

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social ó identificación individual de impuestos: _____
Mes/Día/Año

Empleador del Paciente: _____

Avalista/ Persona responsable de pagar: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____
Dirección Dpartamento/Unidad #

Ciudad California Código Postal

Teléfono: _____

Miembros de la Familia

Nombre y Apellido	Parentesco

Información de Ingresos

Fuentes de Ingreso:	Mensualidad Total en los últimos 12 meses
Salario Total	\$
Si aplica	\$
Si aplica	\$
	\$

Marque comprobante de ingresos adjunto:

 Talón de cheque

 Declaración de impuestos

**** Complete la sección de gastos familiares si los ingresos son menores de 400% y plan de pago es necesario para servicios de hospital**

Gastos Familiares (si están solicitando plan de pagos)

Gastos esenciales de manutención	Mensualidad Total/Presupuesto
Renta ó hipoteca (incluyendo gastos de mantenimiento)	\$
Comida y artículos de uso domestico	\$
Utilidades (Agua, Gas, Electricidad, Basura) y Telefono (celular y linea fija)	\$
Vestuario	\$
Pagos Médicos y Dentales	\$
Seguro	\$
Colegiatura y Cuido de Niños	\$
Manutención de hijos y conyugue	\$
Gastos de Transporte y Automovil (Incluyendo seguro, combustible, y reparaciones)	\$
Pagos a plazos (no incluidos arriba)	\$
Labandería y Gastos de Limpieza	\$
Gastos Extraordinarios ó Gastos no Indicados arriba	\$

Aviso y Firma

Yo el solicitante/paciente doy consentimiento/estoy de acuerdo/entiendo que mi médico puede ser informado de esta solicitud por cuidado no compensado.

Yo el solicitante/paciente entiendo que se me puede pedir comprobar mis declaraciones en esta solicitud y que mi elegibilidad es sujeta a verificación por la Agencia de Salud Pública del Condado contactando a mi empleador, verificando cuenta bancaria y compañías de tarjeta de crédito, y búsqueda de propiedades.

Al entregar la Solicitud de Programa de Descuento y según lo previsto por la ley federal, Yo el solicitante/paciente, solicito que la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura, determine mi elegibilidad por servicios no compensados, y entiendo que si la información que se proporcionó se determina falsa, la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura negará elegibilidad del programa y negará servicios proporcionados.

Afirmó que las declaraciones hechas aquí son verdaderas y correctas a mi mejor entendimiento.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

SECCIÓN SOLO PARA USO OFICIAL

HCA

Fecha

Imprima Nombre de Testigo

Fecha