

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO

La Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura (HCA por sus siglas en inglés) está comprometida en proporcionar 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 HCA, nos esforzamos por que el cuidado de salud sea disponible para todos en nuestra comunidad, independientemente de la capacidad de pago. Nuestros programas incluyen Programa de Descuento (DP por sus siglas en inglés) para pacientes en el Centro Médico del Condado de Ventura (VCMC por sus siglas en inglés) 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 o familiares. Usted puede solicitar asistencia financiera si su ingreso familiar esta en o menos del Nivel de Pobreza Federal (FLP por sus siglas en inglés) 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).*

NUMERO DE PROGRAMA	% del Nivel de Pobreza Federal	Programa de Descuento en Clinicas No FQHC	Programa de Descuento VCMC & SPH Hospitales y Clinicas
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 (con altos costos de bolsillo).
- Cumple con las reglas aplicables de ingresos.
- El estatus migratorio no es requerido.

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

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

Si necesita asistencia con requisitos de nuestra política/ o 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 o identificación individual de impuestos: _____
Mes/Día/Año

Empleador del Paciente: _____

Avalista/ Persona responsable de pagar: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____
Dirección Departamento/Unidad #

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____

Miembros de la familia y del hogar

Nombre Completo	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 del hogar si los ingresos del hogar están por debajo del 400% y se necesita un plan de pago para los servicios hospitalarios.**

Gastos del Hogar

Gastos esenciales de vida	Mensualidad Total/Presupuesto
Renta o 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 - Gastos no reembolsados en los últimos doce (12) meses	\$
Seguro	\$
Escuela y Cuidado de Niños	\$
Manutención de hijos y conyugue	\$
Gastos de Transporte y Automovil (Incluyendo seguro, combustible, y reparaciones)	\$
Pagos a plazos (no incluidos arriba)	\$
Gastos de lavandería y limpieza	\$
Otros gastos extraordinarios o cualquier otro gasto no listado arriba	\$

Aviso y Firma

Yo, el solicitante/paciente, consiento/estoy de acuerdo/entiendo que mi médico puede ser informado sobre esta solicitud de pagos con descuento.

Yo, el solicitante/paciente, entiendo que se me puede pedir que demuestre las declaraciones realizadas en esta solicitud y que mi elegibilidad está sujeta a verificación por parte de HCA, contactando a mi empleador, banco y compañías de tarjetas de crédito para su confirmación.

Al presentar una Solicitud para el Programa de Pagos con Descuento y como lo establece la ley federal, yo, el solicitante/paciente, solicito que HCA determine mi elegibilidad para servicios no compensados, y entiendo que si la información que proporcioné se determina que es falsa, HCA negará la elegibilidad para el programa y negará la provisión de servicios como servicios no compensados, y yo, el solicitante/paciente, seré responsable de los cargos por los servicios proporcionados.

Afirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN SOLO PARA USO OFICIAL

HCA

Fecha

Imprima Nombre de Testigo

Fecha