

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO

En la Agencia de Atención Médica del Condado de Ventura, creemos en dar servicios esenciales a todos los pacientes a pesar de la capacidad de pago del paciente. Ofrecemos descuentos basados en los ingresos y el tamaño de su familia. Para determinar su elegibilidad, por favor complete la siguiente información y devuélvala a la recepción.

Los datos en este formulario sólo se utilizarán para que podamos satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. Esta información no se utilizará para retener o negarle servicios.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Está cubierto por Medi-Cal, seguro médico del estado, o cualquier otro seguro? Si ___ No ___
2. Si está asegurado, ¿cuál es su deducible anual? \$ _____

¿Cuántas personas relacionadas viven en su hogar, incluyendo usted y sus dependientes menores de los 18 años? _____

Verificación de Ingresos

Incluya los ingresos estimados de todas las personas relacionadas en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluidos salarios brutos, propinas, seguro social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, ingresos netos de negocios o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de niños, pagos militares, desempleo, ayudas públicas y otros.

Fuente de Ingresos	Ingreso Semanal	Ingreso Quincenal	Ingreso Mensual	Ingreso Total Anual
Ingresos				
Discapacidad				
Seguro Social				
Desempleo				
Compensación de Trabajadores				
Apoyo Familiar				
Ingreso de Alquiler				
Otros Ingresos				
Total de Ingresos				
Multiplicar Para Ingreso Anual	x 52	x 26	x 12	
Ingreso Total Anual				

Declaración de Reconocimiento del Paciente

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en nuestras clínicas, pero no incluye los servicios adquiridos fuera de nuestras clínicas, como pruebas de diagnóstico especializadas, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, productos farmacéuticos, análisis de laboratorio dental y servicios similares. Este formulario debe completarse anualmente y/o si hay algún cambio en sus ingresos o en el tamaño de su familia.

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta, y me comunicare con el centro de salud en caso de que haya un cambio en mi estado de ingresos o seguro médico. Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, talones de pago y otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Reconozco que soy responsable económicamente del total o de una parte de mi cuidado, y se me pedirá que proporcione el pago en el momento del servicio.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Para Uso de Oficina:

Office Use Only Section	Medical Record No _____
I received the following income verification documents (Check all that apply /copies to be scanned with application):	
<input type="checkbox"/> Recent Pay Stub <input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> Tax Return <input type="checkbox"/> Bank Statement <input type="checkbox"/> Employer Letter	
<input type="checkbox"/> Benefit Statement (unemployment, workers comp, Social Security)	
<input type="checkbox"/> Self-Declaration Form <input type="checkbox"/> Other: _____	
Program for which patient qualifies: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Expiration/Renewal Date: _____	
Employee Certification Statement	
I certify that I asked the applicant about all sources of income received by the household. The information reported on this form was provided solely by the applicant and reflects the information reported to me.	
Staff Printed Name _____ Signature: _____ Date: _____	