

Sliding Fee Scale Application

Estimado paciente:,

Gracias por elegir Valley Professionals Community Health Center como su hogar médico. Su salud y bienestar es nuestra máxima prioridad. Valley Professionals ofrece un programa para garantizar que pueda recibir la atención que necesita. Puede ayudarlo si no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente. Este programa se basa en los ingresos y podría resultar en tarifas reducidas. Si cree que este programa lo beneficiaría, complete la Solicitud de Tarifa Variable adjunta.

Por favor, incluya en su solicitud:

1. Comprobante de ingresos

- Talones de pago (de los últimos 30 días)
- Declaración de desempleo, beneficios de SSI, declaraciones de jubilación.

2. Comprobante de residencia

- Cualquier pieza de correo recibida en su dirección actual con su nombre.

3. Identificación con foto

- Licencia de conducir o identificación estatal

Después de que revisemos su solicitud, se le notificará la determinación de su tarifa variable. Esta notificación incluirá su estado de aprobación y los copagos requeridos (según corresponda).

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con uno de nuestros navegadores de recursos comunitarios.

Esperamos poder atender sus necesidades de atención médica.

Información para el paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo o celular: _____

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Estado de Vida: Alquiler de Vivienda Propia *(Si seleccionó "Vivienda Propia" o "Alquiler", pase al #2)*
 Vivir con un amigo/familiar *(Si seleccionó Amigo/familiar, continúe con el #1)*

1. Yo, _____ actualmente vivo con _____
 (Nombre del solicitante) (Nombre de la persona que ayuda)
 en _____
 (Dirección)

_____ Provee para mis necesidades básicas de comida y vivienda.
 (Nombre de la persona que ayuda)

2. **Impuestos Familiares:** ¿Declaran impuestos? Sí
(En caso afirmativo, enumere a continuación a cualquier persona que esté siendo reclamada como dependiente en sus impuestos actuales)

No *(Si no, pasa al #3)*

Nombre	Fecha de nacimiento
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

3. Yo, _____ no declaré impuestos federales sobre la renta en el último año.
(Nombre del solicitante)

¿Está empleado actualmente o recibe algún otro ingreso? Sí (en caso afirmativo, seleccione el tipo de ingreso a continuación)

No (Si no, pase al solicitante #4)

Sueldos y salarios del empleador Consejos Seguridad social Beneficios Desempleo

Pensión alimenticia Jubilación Autónomo Ingresos por Inversión/Alquiler

Otro _____

4. Yo, _____ actualmente estoy desempleado y no tengo ninguna fuente
(Nombre del solicitante) de ingresos.

Estoy satisfaciendo mis necesidades básicas a través de la ayuda de familiares, amigos y recursos comunitarios.

Al firmar a continuación, acepto que la información proporcionada anteriormente es correcta en la medida de mis posibilidades. Estoy de acuerdo en que si se determina que alguna información es incorrecta, mi determinación de tarifa variable puede ser nula. Además, acepto pagar cualquier copago en el momento del servicio.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____