

# Informacion de Solicitud del Programa de Descuento



Lea la siguiente información antes de completar la  
Solicitud del Programa de Descuento

Mountain Valleys Health Centers se compromete a brindar atención médica y dental accesible y de calidad a nuestros pacientes y las comunidades a las que servimos. Como proveedor de atención médica y dental sin fines de lucro y receptor de fondos federales, MVHC acepta la mayoría de los seguros y da la bienvenida a todos los pacientes, independientemente de su situación financiera. El Programa de descuento de tarifa variable se ofrece a todos los pacientes con o sin seguro.

Para establecer su elegibilidad para este programa, MVHC requiere prueba de los ingresos de su hogar, el tamaño de su hogar y el compromiso del paciente de proporcionar información actualizada anualmente para renovar la elegibilidad. Los ejemplos de documentos que prueban los ingresos pueden incluir:

- Formulario W-2
- Talon de cheque (2)
- 1099G (Beneficios de Desempleo)
- Carta del Empleador
- Declaración de impuestos (requerido para ingresos por cuenta propia)
- Carta de declaración de beneficios del Seguro Social/SSI
- Estado de cuenta bancario (que muestre el depósito directo por nombre)
- Talón de desempleo

**Los pacientes cuyas solicitudes se consideren incompletas pueden ser contactados por un miembro del personal de MVHC y es posible que se requiera información adicional o prueba de ingresos. Un miembro del personal de MVHC también puede comunicarse con los pacientes para ayudarlos a determinar la elegibilidad para otros programas que podrían reducir los costos de bolsillo para la atención. MVHC tiene un enlace de inscripción que puede responder sus preguntas y ayudarlo a completar la solicitud. Por favor llame al (530) 999-0167.**

**Los pacientes que no puedan proporcionar comprobantes de ingresos porque no existe una opción razonable para proporcionarlos, deben completar una declaración de ingresos para ser aprobados por el/la Director/a de Operaciones o Director de Finanzas.**

**Los pacientes que rechacen o no proporcionen la información requerida no serán elegibles para el Programa de Descuento.**

Todos los pacientes tienen 15 días a partir de la fecha del servicio para enviar una solicitud completa con comprobante de ingresos para que se aplique cualquier descuento de tarifa resultante para ese servicio. El envío de una solicitud completa no garantiza la elegibilidad para un descuento de tarifa, y los pacientes son responsables de todas las tarifas incluidas hasta que se determine que son elegibles. Las solicitudes pueden enviarse en cualquier momento para servicios futuros si los pacientes desean conocer su descuento de tarifa antes de incluir los cargos, pero se recomienda a los pacientes que busquen la atención médica o dental necesaria para su bienestar, independientemente de su elegibilidad.

Como mínimo, se espera el pago de la tarifa nominal en el momento del servicio antes de que se determine la elegibilidad. Si son elegibles para un descuento de tarifa, los pacientes pueden calificar para un descuento adicional del 10 % (15 % para mayores de 65 años solo para servicio dental) pagando las tarifas ajustadas en su totalidad al momento del servicio.

**Revise recibo de la información del programa anterior firmando la Solicitud del programa de descuento. Conserve esta página para su información.**

# Aplicacion del Programa de Descuento



## Información del aplicante *Por favor proporcione su información*

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Initial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Numero De Celular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tiene Asegurancia: ☐ Sí ☐ No

Nombre De Asegurancia: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_



## Otras personas en mi hogar de las que soy financieramente responsable:

*Esto incluye a todas las personas por las que pago las facturas de MVHC*

MRN FOR OFFICE USE ONLY	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación



## Otras personas en el hogar

*Los niños y todas las demás personas que no figuran en la lista anterior que viven en su hogar y que comparten todo el dinero ganado y las facturas*

Nombre	Relación

*\*Proporcione miembros adicionales del hogar en el reverso de este formulario*



### Información de ingresos:

Ingrese toda la información de ingresos para usted y todas las personas en su hogar que ncluyó en cualquiera de las secciones en la página 1 de esta solicitud

#### Income for entire household:

- ☐ Mensual \$ \_\_\_\_\_
- ☐ Semanal \$ \_\_\_\_\_
- ☐ Dos veces por \$ \_\_\_\_\_ semana
- ☐ Dos veces al mes \$ \_\_\_\_\_

.....

#### Alguien Trabaja por Propia Cuenta?

- ☐ Sí ☐ No

En caso que si ,cuánto dinero se trae a casa cada mes? \$ \_\_\_\_\_

#### Other Income Sources

#### Monthly Total

Manotencion de menores/Pension Alimenticia	\$ _____
Compensacion por discapacidad/Compensacion a trabajadores	\$ _____
Asistencia Educativa	\$ _____
Ingreso de Intereses	\$ _____
Pension/Jubilacion	\$ _____
Ayuda Publica (no cupones de alimentos)	\$ _____
Ingreso de Renta	\$ _____
Seguro Social/SSI/Beneficios para sobrevivientes	\$ _____
Desempleo	\$ _____
<b>Total</b>	\$ _____



#### Firme Aqui:

Al firmar este documento, usted acepta las declaraciones en el cuadro a continuación

- Reconozco que recibí y entiendo la información del programa de descuento de MVHC.
- Declaro que la información anterior es verdadera y correcta para todas las personas que figuran en la solicitud.
- Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad.
- Entiendo que si cambian mis ingresos o el tamaño de mi hogar, debo notificar a MVHC.
- Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de los beneficios de descuento y que seré responsable de pagar la tarifa completa.

Firma del Apicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### --- Sólo Para Uso de Oficina ---

**Front Office:** Applicant's Patient No. \_\_\_\_\_ Received Within 15 Days of Service: ☐ Yes ☐ No

Received by: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

**Enrollment Liaison:** Received Self-Declaration Approval: ☐ Yes ☐ No ☐ N/A

Processed By: \_\_\_\_\_ Processed Date: \_\_\_\_\_

Basis of Income Verification: \_\_\_\_\_

Discount Level: \_\_\_\_\_ Posted Charges: ☐ Yes ☐ No

Patient Notified: ☐ Yes ☐ No Billing Notified: ☐ Yes ☐ No

☐ Application Denied Reason: \_\_\_\_\_

Household Size: \_\_\_\_\_

Annual Household Income: \_\_\_\_\_

Effective Date: \_\_\_\_\_