



**Your Health Our Mission**  
*Serving Southern Oregon Coast*

**Bandon, Oregon 97411**  
**Teléfono: 541-347-2529 Fax: 541-347-9196**

# Programa de descuento de tarifas flexibles

**Solicitud para 2022**

Para las personas elegibles, ofrecemos un Programa de descuento de tarifas flexibles que reduce las tarifas para ayudarlo a pagar los servicios.

## ***PRÓXIMOS PASOS:***

Complete, firme y entregue este formulario. Si necesita ayuda, nuestro personal puede ayudarlo a completar la solicitud.

Puede pedir una cita y recibir servicios antes de que le aprueben la solicitud.

## ***¿TIENE PREGUNTAS?***

Hable con un representante o llame al (541) 347-2529, ext. 0.

## Solicitud para el Programa de tarifas flexibles 2022

La elegibilidad para el Programa de descuento de tarifas flexibles se basa tan solo en el tamaño y los ingresos de su grupo familiar.

**El tamaño del grupo familiar** se define como un grupo de dos o más personas emparentadas por consanguinidad, matrimonio, adopción o unión legal (es decir, parejas domésticas) y que viven juntas; todas estas personas emparentadas se consideran miembros de una familia. Esto incluye a los estudiantes, independientemente del lugar donde vivan, a los que mantienen sus padres u otras personas emparentadas por consanguinidad, matrimonio, adopción o unión legal (es decir, parejas domésticas). Para definir el tamaño del grupo familiar se usa la declaración personal.

**Los ingresos** se definen como los recibos en efectivo anuales totales, antes de deducir impuestos, obtenidos de todas las fuentes, incluidos sueldos y salarios antes de deducir impuestos, recibos netos de empleo autónomo, pagos periódicos del Seguro Social, compensación por desempleo, manutención del cónyuge, manutención infantil, asignaciones familiares militares, pensiones, y pagos periódicos de un seguro o una anualidad, dividendos, intereses o ingresos netos de rentas. La documentación que respalda los ingresos son talones de pago, declaraciones de impuestos federales recientes, copias del formulario W2, verificación de ingresos brutos completada por el empleador o copias de resúmenes de cuentas bancarias. Se puede usar otra documentación, de ser necesario, si lo aprueba el gerente de la clínica, el director financiero o el director ejecutivo. Si no puede proporcionar información sobre sus ingresos, puede hacer una declaración personal de sus ingresos completando el formulario de declaración personal.

Al momento de recibir servicios, todos los pacientes que tengan pendiente su solicitud deberán realizar un pago mínimo de \$25.00.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono particular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de personas que forman parte de su grupo familiar (según se define arriba):** \_\_\_\_\_

**Ingresos mensuales totales del grupo familiar, antes de la deducción de impuestos:** \_\_\_\_\_

**Enumere todas las fuentes de ingresos de su grupo familiar/familia:**

Enumere a todas las personas de su grupo familiar/familia por las que está presentando la solicitud:  
(Incluido usted)

Nombre	Fecha de nacimiento	Ingresos brutos mensuales	Fuente de ingresos

**Doy lo siguiente como prueba de ingresos. Marque todas las opciones que correspondan.**

<b>PRUEBA DE INGRESOS</b>	<b>PRUEBA DE INGRESOS</b>
Impuestos del año anterior	Apoyo de un familiar
Sueldos y salarios (o talones de pago)	Fondos de pensión
Desempleo	Beneficios de la Asociación de Veteranos (VA)
Autónomo	Manutención del cónyuge/manutención infantil
Compensación de los trabajadores	Becas/subvenciones
Asistencia pública/tarjeta Oregon Trail Card	Otra (especifique)
Discapacidad o Seguro Social	
<b>Declaración personal (no puedo dar una prueba de ingresos)**</b>	

\*\*Si elige la opción de declaración personal como prueba de ingresos, debe completar el Formulario de verificación de ingresos alternativos. Pida a un miembro del personal que le dé uno de estos formularios para completarlo.

¿Tiene seguro médico? **SÍ NO** Si la respuesta es sí, traiga las tarjetas a todas las visitas.

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Id. del miembro: \_\_\_\_\_ Deducible anual: \_\_\_\_\_  
(si lo sabe)

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Id. del miembro: \_\_\_\_\_ Deducible anual: \_\_\_\_\_  
(si lo sabe)

## **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Certifico que la información sobre el tamaño del grupo familiar y los ingresos del grupo familiar es precisa y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que dar información incorrecta o falsa, u omitir información relevante puede causar mi descalificación del Programa de descuento de tarifas flexibles.

Comprendo que puedo dar una prueba de ingresos O hacer una declaración personal de mis ingresos.

Comprendo que parte de la información que proporcioné está protegida por la ley federal o estatal, y que esta exención de responsabilidad permite a Coast Community Health Center y a su representante verificar solo la información financiera necesaria para determinar la elegibilidad para el Programa de descuento de tarifas flexibles.

Por este medio, eximo de responsabilidad y mantengo indemnes a todas las personas que proporcionen información para verificar mis ingresos. Acepto actualizar mis ingresos familiares y el tamaño de mi grupo familiar cada 12 meses o siempre que estos cambien.

Firmando este formulario, acepto pagar la parte de las tarifas que me correspondan por cada visita, y que la tarifa se puede ajustar en función de mi solicitud para el Programa de tarifas flexibles. Me comunicaré con Coast Community Health Center si necesito arreglar un plan de pagos.

Comprendo que Coast Community Health Center trabaja con otros socios de atención médica que pueden reducir sus tarifas de servicios para los pacientes elegibles para el Programa de descuento de tarifas flexibles, y que su escala de tarifas flexibles puede ser diferente de las tarifas de Coast Community Health Center.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente (en letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Escala de tarifas flexibles aprobada \_\_\_\_\_ Aprobada por: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

Notas: