

Formulário de Inscrição para Redução de Custos de Consulta no Blackstone Valley Community Health Care

Blackstone Valley Community Health Care (BVCHC) é um centro de cuidados de saúde comunitário sem fins lucrativos. Recebemos financiamento limitado de muitas fontes diferentes para que possamos prestar cuidados médicos e dentários com base em uma tabela de taxas reduzidas para nossos pacientes que pagam por conta própria e com seguro insuficiente. A redução de custos é determinada pelo tamanho da família e pela renda familiar. As normas de rendimento utilizadas correspondem a uma percentagem das Diretrizes Federais da Pobreza do ano em curso.

Para qualificar para uma redução de custos, devemos receber um formulário devidamente preenchido com a documentação adequada e prova de rendimento. Os documentos de rendimento permanecerão arquivados e todas as informações recolhidas neste processo de inscrição serão mantidos estritamente confidenciais.

Se aprovado, o pedido é válido por um período de um ano*, após o qual será necessário apresentar um novo pedido e novos documentos de rendimentos. Você pode solicitar uma consulta com um Coordenador de Inscrições e Serviços para ajudá-lo no processo de inscrição.

A seguinte lista irá ajudá-lo a fornecer uma inscrição completa. Você precisará de:

Formulário de inscrição preenchido

- Liste TODOS os membros do seu agregado familiar na inscrição
- Forneça documentos de renda para cada membro do agregado familiar qualificado:
 - Idade igual ou superior a 18 anos, se estiver a trabalhar
 - Se for maior de 18 anos, sem rendimentos e estudante a tempo inteiro, por favor indicar ETI
 - Se for maior de 18 anos, sem renda, não for estudante – será necessário apresentar uma carta de poio.

Documentos aceites como prova de renda incluem:

- O Formulário W2 do ano anterior do seu empregador – só pode ser usado de 1º de janeiro a 30 de abril de cada ano. Após 30 de abril, deve-se usar a declaração fiscal 1040.
- Se for pago semanalmente – requer 4 recibos de pagamento atuais e consecutivos, deve mostrar a renda bruta.
- Se for pago quinzenalmente – requer 2 recibos de pagamento atuais e consecutivos, deve mostrar a renda bruta
- Carta do seu empregador
 - Preferencialmente em papel timbrado da empresa, mas não obrigatório
 - A carta deve conter o nome da empresa, nome e título do signatário e um número de telefone para contato
 - Deve incluir o valor do salário por hora e o número total de horas trabalhadas por semana

- Formulário federal 1040 de declaração de impostos do ano mais atual
- Formulário federal 4506-T – Transcrição dos impostos do ano mais atual
- Se trabalha por conta própria – deve apresentar dados detalhados equivalentes aos últimos 3 meses e gastos laborais
- Se não tiver documentos disponíveis, preencha o formulário de declaração pessoal
- Será necessário apresentar um novo pedido e novos documentos de rendimentos. Se requer uma nova aplicação cada 6 meses.

Inicial recebida por: _____

Scanned By: _____

Data de Recebimento no
 BVCHC: _____

INSCRIÇÃO PARA O PROGRAMA DE REDUÇÃO DE CUSTOS

Date de hoje: _____

Sobrenome, Nome	Relacionamento (o proprio, conjuge, parceiro, filho, amigo, etc.)	Data de Nascimento	Se aplicável, Companhia de Seguro Médico e numero de identificação (Opcional)	Renda Bruta Mensal	Renda Bruta Anual	Acct # A ser preenchido somente pelos funcionários do BVCHC

Caso houver mais membros no agregado familiar, adicione uma folha separada contendo a informação e marque esta caixa

Nome do fiador/Chefe da familia: _____

Data de Nascimento: _____ SS# (Opcional): _____

Endereço:

Rua: _____ Apt#: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal

Telefone Residencial: _____ Telemóvel: _____

Email: _____

- Uma vez determinada a sua qualificação para desconto nos pagamentos, podemos aplicar esse valor reduzido no pagamento das suas consultas que se qualificam para tal.
- Há uma taxa nominal de US\$ 20,00 a ser pago no momento da consulta por todos os pacientes que solicitarem uma taxa reduzida dos serviços médicos. Há uma taxa nominal de US\$ 40,00 a ser pago no momento da consulta por todos os pacientes que solicitarem uma taxa reduzida dos serviços odontológicos. A taxa nominal não é um montante fixo para receber cuidados. Por favor, saiba que o valor devido pode mudar e você poderá receber uma cobrança equilibrada se:
 - Os Serviços prestados durante a sua visita não se qualificaram para taxas reduzidas.
 - Se for determinado que você é parcialmente elegível a um valor nominal mais alto.
 - Se você não se qualificar para a redução da taxa com base em toda documentação.

Somente quando a documentação relativa aos rendimentos estiver de acordo com as Diretrizes para Pagamentos Reduzidos por Renda é que o seu direito a pagamentos reduzidos estará garantido.

Se tiver alguma dúvida sobre a documentação de rendimentos ou o programa de pagamentos reduzidos, por favor ligue para 401-729-0081 e peça para falar com um Consultor de Recursos Financeiros.

“Atesto pelo presente que todas as informações fornecidas neste formulário de inscrição estão corretas e foram preenchidas com base no meu conhecimento. Autorizo o BCVCH a verificar qualquer informação necessária para determinar a minha qualificação. Por outro lado, compreendo que todas as informações são confidenciais e somente serão usadas no processo de inscrição para o programa de pagamentos reduzidos.”

Assinatura do paciente: _____ Data: _____

A seção abaixo deve ser preenchida somente pelos Funcionários do BVCHC

Proof of income was received and verified: Yes _____ No _____

Initials of employee: _____ Date: _____

Label Goes Here