

**Aplicación de Programa de Tarifa Reducida de  
Blackstone Valley Community Health Care**

Blackstone Valley Community Health Care (BVCHC) es un centro de salud comunitario sin fines de lucro. Recibimos financiamiento limitado de fuentes diferentes para poder proporcionar cuidado médico y dental con honorarios reducidos a nuestros pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. La reducción de tarifas es basada en el ingreso y tamaño familiar. Las pautas del ingreso es un porcentaje de las Guías de Pobreza Federal (Federal Poverty Guidelines)

Para cumplir con los requisitos de la reducción de tarifas tenemos que recibir una aplicación completa con la documentación apropiada y prueba de ingresos. Los documentos de ingreso quedaran archivados y todos los datos recogidos en el proceso de aplicación son estrictamente confidenciales.

Si es aprobado, la aplicación estará valido por un año\*, después de lo cual se le pedirá que complete una nueva aplicación y nuevos comprobantes de ingreso. **Puedes pedir una cita con una Coordinadora de Inscripciones y Servicios para ayudarle con el proceso de aplicación.**

La siguiente lista le ayudara en proveernos una aplicación completa. Necesitaras:



**Formulario de Solicitud Completo**

- Escriba en la solicitud todos los miembros de su familia que viven en su casa.
- Proporcione comprobante de ingreso para cada miembro calificado de su hogar
  - De 18 años de edad o mayor si está trabajando
  - Si tiene 18 años o más, no tiene ingreso y es estudiante de tiempo completo indique FTS
  - Si tiene 18 años o más, no trabaja, no es estudiante- Se necesitará una Carta de Soporte



**:Documentos aceptables como comprobantes de Ingreso incluye:**

- Formulario W2 del año anterior de su empleador – solo se puede usar desde 1 de Enero hasta 30 de Abril cada año. Después del 30 de Abril, tiene que usar el formulario 1040 de declaración de impuestos
- Si recibe pagos semanales – Se requiere 4 talonarios de pago recientes y consecutivos. Deberá mostrar ingreso bruto
- Si recibe cada quincena– Se requiere 2 talonarios de pago recientes y consecutivo.
- Carta de su empleador
  - Preferiblemente con el membrete de la empresa, pero no obligatorio
  - La carta tiene que contener nombre de empresa, nombre y cargo de la persona firmando la carta y un número de teléfono
  - La carta tiene que incluir el sueldo por hora y la cantidad de horas que trabajas en una semana
- Formulario federal de declaración de impuestos 1040 del año más actual

- F Formulario federal 4506-T – Transcripción de los impuestos del año más actual
- Si trabajas por su cuenta – datos equivalentes a los últimos 3 meses y gastos laborales
  - Si no tiene documentos disponibles, llene el formulario de Declaración Personal
  - \* Si se aprueba el formulario de Declaración Personal, solo quedara valido por el máximo de 3-6 meses. Se requiere una nueva aplicación cada 6 meses.

Initial Received by: \_\_\_\_\_

Scanned By: \_\_\_\_\_

Date Received at BVCHC

### Solicitud de Reducción de Honorarios

Apellido, Nombre	Relación (usted mismo, cónyuge, compañero/a, hijo/a, amigo/a, etc.)	Fecha de nacimiento	Si corresponde, seguro médico y número de identificación del portador	Ingreso bruto mensual	Ingreso bruto annual	Acct # BVCHC Staff use only

Si hay más miembros del hogar, agregue una hoja separada si es necesario y marque esta casilla

Nombre del garante/Cabeza de familia: \_\_\_\_\_

Dirección Postal :

Calle: \_\_\_\_\_ Numero de Apartamento

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*Una vez que se determine que es elegible para recibir una tarifa reducida, podemos aplicar dicha tarifa a las visitas estipuladas.

\*Hay un saldo mínimo de \$20.00 al momento de la visita para todos los pacientes que califican para una tarifa reducida. Hay un saldo mínimo de \$40.00 al momento de la visita para todos los pacientes que califican para una tarifa reducida para servicios dentales. La tarifa nominal no es un obstáculo para recibir atención. Además, tenga en cuenta que el monto adeudado puede cambiar y es posible que se le facture el saldo si:

- Los servicios que se le brindaron durante su visita no calificaron para tarifas reducidas
- Si se determina que es parcialmente elegible con un monto de tarifa nominal más alto
- Si no califica para la reducción de tarifas en absoluto según toda la documentación

**No se garantizan los honorarios reducidos a menos que la documentación del ingreso se encuentre dentro de las Pautas del Ingreso para Honorarios Reducidos (Reduced Fee Income Guidelines).**

Si tiene alguna pregunta sobre la documentación del ingreso o el programa de honorarios reducidos, por favor llame al 401-722-0081 y pida hablar con un Consejero de Recursos Familiares (OEC).

*“Por la presente certifico que toda la información incluida en esta solicitud es correcta y completa según mis conocimientos. Otorgo permiso al BCVCH para verificar la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Entiendo que toda la información es confidencial y que solamente se usará con relación a la inscripción en el programa de honorarios reducidos.”*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**El personal del BVCHC debe escribir debajo de esta línea**

---

**Proof of income was received and verified: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Initials of employee: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

**Label Goes Here**