



VALLEY HEALTH PARTNERS

Aplicación para el Programa de Descuento de Tarifas Graduales

Valley Health Partners Community Health Center atenderá a todos los pacientes sin importar su capacidad de pago. Como un FQHC, el VHPCHC no discriminará por raza, color, sexo, nacionalidad, discapacidad, religión, orientación sexual o capacidad de pago.

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Número de Teléfono#: () _____ - _____

Nombre de Empleador: _____ Tamaño de la Familia: _____

(el número de persona que viven en su hogar)

Familia/ Información sobre los ingresos del hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Relación al Solicitante	Inscrito como paciente de VHPCHC	
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No

Ingresos del Hogar

Por favor proporcione los ingresos de los últimos 30 días. Pruebas de ingreso aceptable incluye, pero no se limita a, recibos de pago, beneficios de Seguro social, beneficios de veterano, pensión, beneficios de desempleo, o la declaración de impuestos de los años anteriores, incluyendo el formulario C. Si no tiene ninguna fuente de ingresos familiares durante este período, por favor complete el formulario de autodeclaración.

Fuente de Ingreso	Propio	Cónyuge	Otro	Total
Salario bruto, salarios, propinas, etc.				
Ingresos por negocios, autoempleo y dependientes				
Compensación de desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o jubilación.				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educacional, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos Anuales Totales del Hogar				

NOTA: Es posible que se requieran copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.



VALLEY HEALTH PARTNERS

Aplicación para el Programa de Descuento de Tarifas Graduales

Valley Health Partners Community Health Center atenderá a todos los pacientes sin importar su capacidad de pago. Como un FQHC, el VHPCHC no discriminará por raza, color, sexo, nacionalidad, discapacidad, religión, orientación sexual o capacidad de pago.

Aviso a los Solicitantes

Para ser evaluados para el Programa de Descuento de Tarifas Graduales, los solicitantes deben proporcionar al asesor financiero la información solicitada, tal como se indica en la aplicación.

Los ajustes aprobados se aplican a todas las tarifas que caen dentro del período de elegibilidad, para los servicios prestados dentro del Valley Health Partners Community Health Center

Certifico que todas las declaraciones anteriores son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender. Por medio de la presente se autoriza a Valley Health Care a verificar de la manera que considere apropiada los elementos indicados en esta declaración. Si se comprueba que alguna información que he proporcionado es falsa, entiendo que Valley Health Partners puede volver a evaluar mi estado financiero y tomar las medidas que considere apropiadas

También entiendo que, si me aprueban para el Programa de Descuento de Tarifas Graduales, el pago de mi tarifa debe hacerse en el momento del servicio. Sin embargo, los arreglos de pago están disponibles si no puede pagar la tarifa completa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de los co-solicitantes: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Income: Self-Declaration Form (if applicable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insurance: Insurance Cards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Application Completion Date: _____

Office Use Only				
Eligible:	Ineligible:	Qualifies for %:	Date of Determination:	Does not qualify because:

Financial Counselor/PSR Signature: _____ Date: _____

Audited By: _____ Date: _____