



**ANEXO B**  
**APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL**

Información para el paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Es la política de VCCHC proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento bajo el programa de descuento de tarifa móvil de VCCHC.

**Servicios cubiertos:** son los proporcionados en la clínica dentro del alcance del proyecto de VCCHC (Formulario 5A) e incluidos en la tarifa nominal están: examen/consulta para todos los servicios dentro del alcance del proyecto de VCCHC (Formulario 5A), laboratorio interno, otros procedimientos internos y envío autorizado de muestras de laboratorio extraídas en la clínica para su análisis (ver formulario de laboratorio) e inyectables/inmunizaciones de rutina (vacuna antigripal, TD, PPD).

**NOTA:** Se requiere una prueba de ingresos antes de que se apruebe un descuento. A continuación se muestran algunos artículos que calificarán como prueba de ingresos Y usted tiene **30 días** a partir de la fecha anterior para proporcionar la prueba de ingresos.

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los dos talones de pago más actuales para todos los miembros en el hogar.</li> <li>● La declaración de impuestos anual más reciente si presenta de manera conjunta y declara dependientes. Si no, entonces cada declaración de impuestos individual.</li> <li>● Talones de verificación del Seguro Social.</li> <li>● Carta/cheque de ingreso por desempleo, carta de asistencia pública o cheque.</li> <li>● Otra forma independiente de evidencia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pensión alimenticia/manutención de los hijos (orden judicial, etc.).</li> <li>● Carta del empleador actual indicando los ingresos anuales.</li> <li>● Formulario de autodeclaración de ingresos.</li> <li>● Renta por concepto de alquileres ((contrato de arrendamiento/alquiler).</li> <li>● Trabajador por cuenta propia: tres (3) meses de ingresos y gastos o la mayor parte de la declaración de impuestos comerciales del año actual.</li> </ul> |
|--|--|

**Enumere a su cónyuge, sus dependientes, independientemente de la edad, y a sí mismo:**

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
1) Usted:		
2)*Cónyuge:		
3)*Dependiente:		
4)*Dependiente:		
5)*Dependiente:		
6)*Dependiente:		
7)*Dependiente:		
8)*Dependiente:		
9)*Dependiente:		

Tamaño total de la familia: \_\_\_\_\_ (incluido usted)

**Tamaño de la familia/grupo familiar:** \* Dependiente: cónyuges, parejas domésticas registradas, padres o hijos (incluye hijos biológicos, adoptados, de acogida, hijastros, en guarda legal o hijos de una pareja doméstica registrada); todas estas personas se consideran miembros de una familia independientemente de la edad que viven en el hogar, si dependen de la familia para más del 50 % de su apoyo. Cualquier otro dependiente que no se pueda enumerar arriba, pero que se declara en una declaración de impuestos (declaración de impuestos obligatoria).



**Cálculo de ingresos:**

**Ingresos:** TODAS las fuentes y formas de ingresos/ganancias/rentas (ingreso antes de impuestos/bruto/total, por ejemplo, la línea 22 del formulario 1040/línea 15 del formulario 1040A/ingresos brutos ajustados, la línea 4 del 1040EZ y la línea 7 del formulario 1040 rediseñado 1040 de 2018 (ingresos brutos ajustados o AGI)) (para el año fiscal 2018, ya no utilizará el formulario 1040A o el formulario 1040EZ) devengado o recibido por una persona o familia en el grupo familiar. Los ejemplos de ingresos incluyen, entre otros: ingresos por empleo propio (neto después de gastos), desempleo, ingresos brutos de empleo, propinas, manutención de hijos, pensión alimenticia, intereses, dividendos, ingresos por jubilación/pensión o seguro social, ingresos por manutención de estudiantes, pagos de asistencia social u otros pagos de asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, ingresos por alquiler, regalías, ingresos de bienes o fideicomisos, asistencia educativa, asistencia fuera del hogar, y otras fuentes diversas.

Nombre	Origen	Monto	**Frecuencia
<b>Ingresos totales (sumar cada columna):</b>			

\*\*Frecuencia: diaria, semanal, quincenal (cada dos semanas), bimensual (dos veces al mes), mensual, otra

**LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN**

Yo, el abajo firmante, he completado esta solicitud de elegibilidad para la tarifa móvil y confirmo que esta información es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Certifico que la información sobre el tamaño y los ingresos de la familia que se muestra arriba es correcta. Además, entiendo que cualquier cambio en el estado financiero o el número de personas en mi hogar se debe informar inmediatamente a VCCHC y se debe completar una nueva solicitud. Entiendo que a petición de VCCHC habrá una revisión de mi solicitud con la posibilidad de cambios en el porcentaje de descuento. Entiendo que cualquier falsificación o no informar cambios puede tener como consecuencia que no sea elegible para los ajustes de la tarifa móvil que VCCHC pone a disposición.

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ % de la escala de tarifa móvil: \_\_\_\_\_

Aprobado por (firma/nombre/título): \_\_\_\_\_

Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Lista de verificación	Sí	No
Prueba de identidad y dirección:		
Prueba de ingresos requerida (especificar tipo):		
Seguro existente: Copia de las tarjetas de seguro y evaluación de elegibilidad		