



# Programa de tarifa móvil

SDHS, Inc. ofrece a los pacientes un descuento por tarifa móvil. Los pacientes que no puedan pagar la atención médica o atención dental en su totalidad pueden ser elegibles para recibir un descuento en los servicios que se les brindan en los centros médicos, de salud mental y odontológicos de SDHS, Inc.

## ¿Qué servicios se ofrecen?

- Médico
- Salud mental
- Rayos X y análisis de laboratorio
- Dental

## ¿Qué se requiere para presentar una solicitud?

Complete el paquete de solicitud que se adjunta. Proporcione un comprobante de ingresos familiares o de asistencia financiera. El ingreso familiar se define como el que ingreso que tiene el solicitante más el de su cónyuge y de las personas legalmente a su cargo desde el punto de vista fiscal.

**\*\*Utilice la siguiente lista de verificación para cada sección aplicable\*\***

### **Pacientes que son empleados (deben proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)**

Recibos de pago: últimos 3 recibos de pago consecutivos de todas las personas que trabajan en el hogar. Formulario W2 actual.

Trabajador por cuenta propia: estado de pérdidas y ganancias de la declaración de impuestos.

Si trabaja por cuenta propia (pero no tiene una declaración de impuestos), utilice el formulario de declaración de ingresos de trabajo por cuenta propia de SDHS que se encuentra adjunta.

Estado de cuenta del empleador (se adjunta formulario) en el que se indiquen sus ingresos BRUTOS del mes anterior.

### **Manutención de los hijos (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)**

Orden judicial.

Carta de aprobación de la División de Manutención de Menores.

### **Seguro Social (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)**

Carta de aprobación de la Administración del Seguro Social. Copia del cheque de beneficios.

### **Cupones de alimentos (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes)**

Carta de aprobación del Departamento de Servicios Sociales. Carta de denegación del Departamento de Servicios Sociales.

### **Herencia/Pagos ordenados por el tribunal/Manutención del cónyuge (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)**

Orden judicial.

**No hay ingresos comprobables (debe proporcionar los dos documentos siguientes)**

Declaración jurada sobre la no obtención de ingresos de SDHS (se adjunta el formulario). Declaración de asistencia personal de SDHS (se adjunta el formulario)

## ¿Podré ser elegible?

La elegibilidad para el Programa de tarifa móvil se basa en el tamaño de la familia y el ingreso BRUTO (antes de impuestos). Se notificará a todos los solicitantes sobre las fechas de vigencia y vencimiento de su solicitud al programa a través de una carta de adjudicación de SDHS. Es su responsabilidad proporcionar toda la información requerida al devolver la solicitud. **NO** se aceptará ni procesará una solicitud incompleta.

## ¿Con qué frecuencia debo presentar la solicitud?

Los pacientes deberán solicitar el Programa de tarifa móvil al menos una vez al año. Los descuentos suelen durar 3, 6 o 12 meses, según la situación financiera particular del paciente. Los pacientes que renueven la elegibilidad para el programa deberán completar un nuevo paquete de solicitud y presentar un comprobante de ingresos actuales antes de que se venzan sus descuentos. Si el descuento vence, el paciente será responsable de pagar los costos totales hasta que se procese y apruebe una nueva solicitud.

## Responsabilidad financiera

SDHS solicita el pago por los servicios al momento de recibir el servicio. Si no se puede realizar el pago completo, se debe programar un plan de pago en el momento de la visita. Si el paciente no paga los costos, los análisis de laboratorio y/o el porcentaje de la tarifa móvil después de tres (3) visitas, ya no será elegible para recibir sus beneficios actuales. La responsabilidad financiera del paciente es la de pagar por cuenta propia. Cuando el saldo de la cuenta del paciente está al día, puede volver a solicitar el Programa de tarifas móviles. No se otorgará ningún descuento a personas o familias con un ingreso anual superior al 200 % de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG). Se debe informar cualquier cambio en el hogar o en la situación financiera lo antes posible, y se debe completar una nueva solicitud.

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido las pautas antes mencionadas y que tengo la intención de seguirlas lo mejor que pueda.**

---

Firma del solicitante

Fecha



# Solicitud para el Programa de Tarifa Móvil

Ubicación del consultorio: Lunenburg      Amelia      Dinwiddie      Emporia      Odontólogo familiar

Nombre de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Estado civil:  Solter o/a       Casado/a       Separado/a       a       Divorciado/       Viuda/viudo

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Hogar = Cónyuge + Personas legalmente a su cargo desde el punto de vista fiscal

Nombre (primer nombre y apellido)	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social

Hogar = Cónyuge + Personas legalmente a su cargo desde el punto de vista fiscal

Ingreso	Usted (el solicitante)	Esposo/a	Otro miembro del hogar Miembros (mayores de 18 años)
Nombre/dirección del empleador			
Sueldos, salarios y propinas en bruto (semanales, quincenales)	\$ _____	\$ _____	\$ _____

o mensuales [encierre una opción])			
Asistencia social/cupones de alimentos	\$	\$	\$
Seguro Social			
Subsidio de desempleo Fecha de despido:			
Manutención de los hijos			
Indemnización por Accidentes en el Trabajo			
Otro (especifique): _____			

### Comprobante de ingresos requerido

Pacientes que son empleados (deben proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)

Recibos de pago: últimos 3 recibos de pago consecutivos de todas las personas que trabajan en el hogar. Formulario W2 actual.

Trabajador por cuenta propia: estado de pérdidas y ganancias de la declaración de impuestos.

Si trabaja por cuenta propia (pero no tiene una declaración de impuestos), utilice el formulario de declaración de ingresos de trabajo por cuenta propia de SDHS que se encuentra adjunta.

Estado de cuenta del empleador (se adjunta formulario) en el que se indiquen sus ingresos BRUTOS del mes anterior. Manutención de los hijos (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)

Orden judicial.

Carta de aprobación de la División de Manutención de Menores.

Seguro Social (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)

Carta de aprobación de la Administración del Seguro Social. Copia del cheque de beneficios.

Cupones de alimentos (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes)

Carta de aprobación del Departamento de Servicios Sociales. Carta de denegación del Departamento de Servicios Sociales.

Herencia/Pagos ordenados por el tribunal/Manutención del cónyuge (debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos)

Orden judicial.

No hay ingresos comprobables (debe proporcionar los dos documentos siguientes)

Declaración jurada sobre la no obtención de ingresos de SDHS (se adjunta el formulario).

Declaración de asistencia personal de SDHS (se adjunta el formulario).

### Acuerdo del paciente

Certifico que todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas y correctas, y pueden verificarse. Autorizo la divulgación de registros de empleo y otra información financiera a un agente del SDHS solo con el fin de determinar mi elegibilidad en el Programa de tarifas móviles. Entiendo que debo informar todos y cada uno de los cambios en mis ingresos a medida que se produzcan y que, si no lo hago, pierdo mis derechos a los beneficios de descuento de tarifa móvil. La solicitud debe devolverse en un plazo de 10 días a partir de la fecha que figura a continuación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

---

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Firma de aprobación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tarifa móvil: \_\_\_\_\_

N.º de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de renovación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Programa de tarifa móvil

## Declaración de ingresos por parte del empleador

Pida a su empleador que complete este formulario en caso de no tener recibos de sueldo o declaración de impuestos disponible.

A quien corresponda:

La persona que usted emplea, (nombre del solicitante)

\_\_\_\_\_, está solicitando nuestro Programa de tarifa móvil (para ayudar con los gastos médicos). Para procesar su solicitud, debemos tener un comprobante de los ingresos brutos del mes pasado o del último mes trabajado.

Por lo tanto, le rogamos que nos informe cuánto gana por hora y aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana.

\$ \_\_\_\_\_ por hora x \_\_\_\_\_ horas semanales (aproximadamente)

O, SI LO ANTERIOR NO APLICA PARA SU TIPO DE NEGOCIO, COMPLETE LO SIGUIENTE:

INGRESOS BRUTOS del último mes o del mes anterior:

Mes: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Supervisor directo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del empleador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Programa de tarifa móvil

## de ingresos de SDHS

Complete este formulario solo si no tiene ingresos que declarar.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que NO tengo ninguna fuente de ingresos.

Nombre del último empleador \_\_\_\_\_ Fecha de la última vez que lo emplearon \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar/familia: \_\_\_\_\_

Actualmente estoy:

Desempleado o en busca de empleo. Sin recibir subsidios de desempleo.

En busca por discapacidad. Si es así, ¿cuándo fue la última vez que presentó una solicitud?

\_\_\_\_\_ ¿Se le ha negado?

\_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Certifico que todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas/correctas y que pueden investigarse. También autorizo la divulgación de registros de empleo y otra información financiera a un agente del Southern Dominion Health System (SDHS), Inc. solo con el fin de determinar mi elegibilidad en el Programa de tarifas móviles.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Si NO tiene ingresos (o tiene ingresos limitados) y recibe ayuda por parte de amigos o familiares, sus benefactores deben completar, firmar y fechar el siguiente documento. No se impondrá ninguna obligación financiera a esta persona, esto es para uso de la oficina, para verificar la situación del solicitante.

## Declaración de asistencia personal

Yo, \_\_\_\_\_, ayudo a \_\_\_\_\_ (paciente) al proporcionarle ayuda para satisfacer las necesidades básicas de subsistencia que se enumeran a continuación:

Comida

Vivienda

Servicios públicos

Dinero: Monto \$ \_\_\_\_\_

Al proporcionar esta información, no asumo la responsabilidad de las obligaciones financieras de dichos pacientes. Me pueden contactar para verificar esta información mediante los siguientes datos de contacto:

Mi nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Programa de tarifa móvil

## Declaración de ingresos de trabajo por cuenta propia

Complete este formulario solo si trabaja por cuenta propia y no declara impuestos. Nombre del negocio:

\_\_\_\_\_

Propietario(s) del negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del negocio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del negocio: \_\_\_\_\_

Breve descripción del negocio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ingresos BRUTOS (Para el propietario del negocio = lo que usted pagó a sí mismo, no la ganancia bruta del negocio) Necesita los datos de los últimos 3 meses. Complete a continuación.

Mes	Año 20	Mes	Año 20	Mes	Año 20
Semana 1	\$	Semana 1	\$	Semana 1	\$
Semana 2	\$	Semana 2	\$	Semana 2	\$
Semana 3	\$	Semana 3	\$	Semana 3	\$
Semana 4	\$	Semana 4	\$	Semana 4	\$
Semana 5	\$	Semana 5	\$	Semana 5	\$
Total por mes	\$	Total por mes	\$	Total por mes	\$

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario del negocio

\_\_\_\_\_  
Fecha