

# *Southern Dominion Health System, Inc.*

## Aplicacion De Tarifa Movil

Pacientes Empleados- Debe proporcionar al menos uno de lo siguiente:

- Talones de pago consecutivos
- W2 al Corriente
- Retorno de Taxes
- Comprobante de parte de su empleador con nombre de compania y numero de telefono

Manutencion de los Hijos- Debe proporcionar al menos uno de lo siguiente:

- Orden de La Corte
- Estado de Deposito o Manutencion de hijos
- Carta de Manutencion de hijos

Seguro Social - Debe proporcionar al menos uno de lo siguiente:

- Carta de aprobacion de Administracion de Seguro Social
- Estado de Cuenta Bancario de Depositos mas Corrientes
- Copia de Cheques de Beneficios

Desempleo - Debe proporcionar al menos uno de lo siguiente:

- Carta de Desempleo
- Carta de rechazo
- Carta de indicando que todos beneficios han sido agatados

Cupones De Alimento – Debe proporcionar al menos uno de lo siguiente:

- Carta de aprobacion del Departamento Servivio Social
- Carta de rechazo del Departamento de Seguro Social

Henrencia - Pagos por orden de la Corte/Ayuda Conyugal debe proporcionar al menos uno de lo siguiente:

- Orden de la corte
- Estado de cuenta de cheques/ahorros con los depositos mas recientes

No Ingreso Verificable- Debe proporcionar al menos uno de lo siguiente:

- SDHS Estado de Desempleo
- Carta de alguien que lo este manteniendo a usted y us dependientes mostrando informacion de la person nombre y informacion para contactarlo

- 
- Descuenta De Tarifa Movil Es Basada En: Ingreso Familiar y cuanto Dependes en Familia.
  - Hay (3) Niveles Diferentes de Descuento de Tarifa Movil (Laboratorio/Rayos-x descuentos no aplican a pacientes con aseguranza)
    - Tarifa A- El paciente es requerido de pagar \$15.00 por visita, \$10.00 por Rayos-Xy, \$5.00 por Laboratorio
    - Tarifa B- El paciente es requerido de pagar \$25.00 por visita, \$10.00 por Rayos-Xy, \$5.00 por Laboratorio
    - Tarifa C- El paciente es requerido de pagar \$30.00 por visita, \$10.00 por Rayos-Xy, \$5.00 por Laboratorio
    - Tarifa D- El paciente es requerido de pagar \$35.00 por visita, \$10.00 por Rayos- Xy, \$5.00 por Laboratorio
  - Todo cargo no sera cubrido por la Tarifa Movil tal como pero no limitado Depo. provera y Prueba de Embarazo.
  - Todo aplicante sera notificado de su aplicacion de Tarifa Movil efectiva y dia de expiracion por SDHS y carta de aprobacion.
  - Es su responsabilidad tener toda la informacion requerida al someter su aplicacion. Una aplicacion incompleta no sera aceptada o procesada.
  - No pago de Tarifa Movil/Laboratorio despues de 3 visitas el paciente sera removido de la Tarifa Movil hasta que la cuenta sea pagada completamente, despues que la cuenta sea pagada usted puede de nuevo renovar la Tarifa Movil.
  - Cualquier cambio financiero debe ser reportado lo mas pronto posible y una nueva aplicacion debe completarse.

**Al firmar abajo yo reconoso y e leido y comprendo de las reglas y intento seguir las para lo mejor de mi habilidad.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\* Esta poliza sujeto a cambiar sin ningun aviso previo o notificacion \*

# Southern Dominion Health System, Inc.

## Aplicacion De Tarifa Movil

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
(La Direccion Postal) Ciudad Estado Codigo Postal

Numero de Telefono \_\_\_\_\_ Telefono do Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Es usted Casado? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ (Mes, Dia, Ano)

**Porfavor lista de su conyuge y familia que vive en su hogar con fecha de nacimiento y numero de seguro social**

Nombre :	Fecha De Nacimiento:	Relaccion:	Seguro Social:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre De Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Tiempo de ser Empleado : \_\_\_\_\_ Ingresos Brutos Anuales \_\_\_\_\_

Empleador de Conyuge: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Tiempo de ser Empleado: \_\_\_\_\_ Ingresos Brutos Anuales: \_\_\_\_\_

**Infomacion Financiera (debemos tener comprobante de ingresos de todo miembro familiar)**

Recursos de ingresos:

Salario: \$ \_\_\_\_\_ seminal, quincenal o mensual, (favor de marcar uno)

Estampillas de comida: \$ \_\_\_\_\_

Pago de SSA/Tipo \$ \_\_\_\_\_

Conyuge pago de SSA/Tipo \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de Desempleo \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Descanso \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Manutencion de Hijos \$ \_\_\_\_\_

Compensacion de Trabajo \$ \_\_\_\_\_

Algo mas \$ \_\_\_\_\_

**\*\* Si Aplicacion no es complete no sera procesada y sera regresada para que sera completada.\*\***

Yo comprendo que yo debo de reportar todo cambio de ingreso que ocurran y si no lo hago entonces pierdo mis derechos para estar en la Tarifa Movil y certifico que la informacion dada es verdadera y correcta para lo mejor de mi conocimiento.

Esta aplicacion debe ser regresada en 10 dia de la fecha figa.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Para uso de Oficina Solamente

Firma de Approvacion : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tarifa: \_\_\_\_\_ Numero de Cuenta #: \_\_\_\_\_ Fecha de Renovacion: \_\_\_\_\_

Declaracion De Desempleyo

YO \_\_\_\_\_, estoy ultimamente desempliado. No he trabajado desde,\_\_\_\_\_. Yo notificare a SDHS Inc. Si hay algun cambio en mis ingresos. Yo comprendo que so doy falso informacion que podria ser presecutado por perjuicio, rodo o fraude.

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

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



Estimado: \_\_\_\_\_

Esta carta es para informarle que usted ha sido aprobado para la Tarifa Movil de Descuento "A."

Tarifa Movil Descuento "A" significa que solo paga \$15.00 por visita, \$10.00 por rayo-x, \$5.00 para laboratorio. Test de embarazo, inyeccion de Depo Provera y otra ciertas inyecciones no seran cubiertas bajo esta Tarifa Movil de Descuento.

Por favor recuerde que usted sera responsable por pago al momento de cada visita.

Si usted tiene aseguranza de salud y esta usted aprobado para la Tarifa Movil de Descuento se le cobrara a su aseguranza el costo de su visita pero no incluye los rayos-x o laboratorio.

Esta determinacion es valida de \_\_\_\_\_ Esta determinacion es valida hasta \_\_\_\_\_

Por favor sientase libre de contactar al departamento de fracturas, si usted tiene alguna pregunta en referencia a su cuenta al 1-855-824-8693.



Estimado: \_\_\_\_\_

Esta carta es para informarle que usted ha sido aprobado para la Tarifa Movil de Descuento "B."

Tarifa Movil Descuento "B" significa que solo paga \$25.00 por visita, \$10.00 por rayo-x, \$5.00 para laboratorio. Test de embarazo, inyeccion de Depo Provera y otra ciertas inyecciones no seran cubiertas bajo esta Tarifa Movil de Descuento.

Por favor recuerde que usted sera responsable por pago al momento de cada visita.

Si usted tiene aseguranza de salud y esta usted aprobado para la Tarifa Movil de Descuento se le cobrara a su aseguranza el costo de su visita pero no incluye los rayos-x o laboratorio.

Esta determinacion es valida de \_\_\_\_\_

Esta determinacion es valida hasta \_\_\_\_\_

Por favor sientase libre de contactar al departamento de fracturas, si usted tiene alguna pregunta en referencia a su cuenta al 1-855-824-8693.



Estimado: \_\_\_\_\_

Esta carta es para informarle que usted ha sido aprobado para la Tarifa Movil de Descuento "C."

Tarifa Movil Descuento "C" significa que solo paga \$30.00 por visita, \$10.00 por rayo-x, \$5.00 para laboratorio. Test de embarazo, inyeccion de Depo Provera y otras ciertas inyecciones no seran cubiertas bajo esta Tarifa Movil de Descuento.

Por favor recuerde que usted sera responsable por pago al momento de cada visita.

Si usted tiene seguro de salud y esta usted aprobado para la Tarifa Movil de Descuento se le cobrara a su seguro el costo de su visita pero no incluye los rayos-x o laboratorio.

Esta determinacion es valida de \_\_\_\_\_ Esta determinacion es valida hasta \_\_\_\_\_

Por favor sientase libre de contactar al departamento de fracturas, si usted tiene alguna pregunta en referencia a su cuenta al 1-855-824-8693.





Estimado: \_\_\_\_\_

Esta carta es para informarle que usted ha sido aprobado para la Tarifa Movil de Descuento "D."

Tarifa Movil Descuento "D" significa que solo paga \$35.00 por visita, \$10.00 por rayo-x, \$5.00 para laboratorio. Test de embarazo, inyeccion de Depa Provera y otra ciertas inyecciones no seran cubiertas bajo esta Tarifa Movil de Descuento.

Par favor recuerole que usted sera responsable par pago al momenta de cad visita.

Si usted tiene aseguranza de salud y esta usted aprobado para la Tarif Movil de Descuento se le cobrara a su aseguranza el costo de su visita pero no incluye las rayos-x o laboratorio.

Esta determinacion es valida de \_\_\_\_\_ Esta determinacion es valida hasta \_\_\_\_\_

Par favor sientase libre de contactar al departamento de fracturas, si usted tiene alguna pregunta en referensa a su cuenta al 1-855-824-8693.



www.sdhsinc.com

# SOUTHERN DOMINION HEALTH SYSTEM, INC.

Estimado: \_\_\_\_\_

Esta carta es para informarle que hemos recibido y procesado su aplicación para la Tarifa Móvil de Descuento. Desafortunadamente su ingreso familiar excede los lineamientos de 2018. Usted es responsable de pagar al 100% de lo que cobra. Pago completo es requerido en completo por servicio. Los Lineamientos de ingreso familiar revisan casa año. Usted es bienvenido a reaplicar en el siguiente Enero 31, 2019.

Si usted tiene alguna pregunta sientase libre en llamarnos en referencia a su cuenta al departamento de fracturas al 1-855-824-8693.

**Lunenburg Medical Center**  
1508 K-V Road • PO Box 70  
Victoria VA, 23974  
(434) 696-2165

**Amelia Healthcare Center**  
8920 Otterburn Road  
Amelia VA, 23002  
(804) 561-5150

**Dinwiddie Medical Center**  
13855 Courthouse Road  
Dinwiddie VA, 23841  
(804) 469-3731

**Emporia Medical Center**  
510 N. Main Street  
Emporia VA, 23847  
(434) 634-7723

**SDHS Family Dentistry**  
1418 6th Street • PO Box 70  
Victoria VA, 23974  
(434) 696-4180

**SDHS Counseling and Behavioral Health Services**  
1508 K-V Road, PO Box 70  
Victoria, VA 23974  
(434) 696-2319