



La Solicitud de honorario reducido

Gracias por su interés en la programa de honorario reducido ofreció por Johnson Health Center. Buscamos de cada día por maneras servir ellos sin seguro médico y insuficientemente asegurado. El propósito de esta solicitud es ayudar las personas interesadas recibir asistencia sanitaria por un precio reducido. Hay varios programas disponibles a usted: cuidado médico, cuidado dental, cuidado prenatal tanto como ayuda de recetas.

Hay documentos que necesita facilitar con la solicitud y son detallados en página 4 de la solicitud. La solicitud debe ser llenado completamente antes de ser entregado y lo debe tener todos los ingresos solicitados también. Si la solicitud no es acabada no será procesado. Sin embargo, si tiene preguntas sobre cómo llenar una sección de la solicitud, por favor llama la oficina principal de Johnson Health Center.

Hay una salida del historial médico adjunta con el paquete. Le preguntamos si recibe cuidado médico antes de llena la solicitud, por favor incluye el información sobre los doctores anteriores. Este nos ayudará dar a usted el cuidado excepcional que merece.

Por favor, selecciona el programa para que aplique (marque todos que pertence al paciente):

- Adulto
- Pediatrica
- OB/Prenatal/Gyn
- Dental
- la salud de compartimiento

Demográficos

Número del seguro social: _____ Fecha de nacimiento _____

Email: _____

Nombre de Paciente _____

Dirección de Correo _____

(ciudad) _____ (estado) _____ (codigal postal) _____

Teléfono (Casa): _____ (Celular): _____ (trabajo) _____

Empleo- full-time part-time empleado por si mismo sin trabajo retirado en el militar

¿Está un estudiante actualmente? (Poner un circulo) Si No

¿Está un veterano de guerra? (Poner un circulo) Si No

Seguro (poner un circulo: Medicaid Medicare /Medicaid QMB Seguro Privado
No tengo seguro No tengo alcance de recetas.

Los Miembros de la CASA

Debe poner en una lista TODOS los miembros de la casa. Incluya edad, relaciones al solicitante, tipos de seguros y TODOS los fuentes de ingresos (los sueldos, el pensión alimenticia, la invalidez, el seguro social, los vales de comida, etc....)

Nombre	Edad	Relación	Ingreso	Tipo de seguros

El Ingreso de la casa

El lugar de trabajo _____

Si está desempleado, ¿por cuánto tiempo? _____

Periodo del sueldo: Quincenal Dos veces cada mes Mensual Semanal

¿Cuántas horas trabaja por semana por regla general? _____

¿Cuánto es el salario? _____

¿Alguien en la casa reciben los siguientes y cuanto por mes? (poner un círculo): Si
No

(Si hay más que una persona que reciben esos beneficios, por favor especifica)

La Invalidez _____ El Seguro Social _____ El Pensión _____

Los gastos mensuales

Poner en una lista el alquiler o la hipoteca, el teléfono, las empresas de servicios públicos, los pagos del coche, el cable, el teléfono celular, las recetas, los préstamos, etc....

Gasto	Cantidad Mensual	Gasto	Cantidad Mensual

Información importante:

Por favor, nota que no cubre el honorario reducido el trabajo de laboratorio no podemos realizar en-casa. Si tenemos que mandar el trabajo de laboratorio a agencias desde fuera, recibirá una cuenta de las agencias. Si un referido a una oficina de especialidad es causándole desde fuera de JHC será responsable para los honorarios incurrido.

Programa de ayuda con medicaciones (MAP)

El programa de MAP es planeado ayudar los sin alcance de recetas que necesita ayuda con sus medicaciones mantenimientos.

Los empleados de JHS coordinan con las empresas farmacéuticas para obtener acceso a medicinas en su beneficio. Hay un honorario de \$5.00 para cada medicación que paga por dinero efectivo, un cheque o una carta de credito. Estas medicaciones son las que nuestra farmacia no se puede disponer. Puede llevar 4 a 6 semanas empezar recepción de las medicinas ¡entonces si interesa contrata hoy!

Por favor marca:

- Si, gustaría contratar para el programa de MAP.
- G gustaría más información sobre el programa de MAP.
- No, gracias.

Si está solicitando para este programa poner en una lista sus medicaciones abajo, por favor. Si necesita más espacio siéntase libre sujetar otro pedazo de papel.

Medicación	Concentración/Mg	¿Cuántas veces por día?	El nombre de su medico

¿Tiene alergias a algunas medicaciones? Poner en una lista por favor:

La Lista de verificación

Para completar esta solicitud necesita entregar todas documentaciones de ingresos. Estos pueden incluir, pero no es limitado a, algunas cosas que concernir a usted en esta lista.

- Los recibos de sueldo del mes pasado; debe ser consecutivo
- Declaraciones de impuestos federales del año en curso o Programa C (solamente si trabajador autónomo)
- Pensión alimenticia
- Pensión o información de jubilación
- Invalidez o La carta de premio de Seguro Social o la carta pendiente
- La carta del premio de paro
- La carta de premio de TANF (Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas)
- La carta de premio de los vales de comida
- Alivio general

Preguntas más frecuentes

¿Cuánto tiempo toma procesar el solicitud y como sabré que estoy aprobado?

Los solicitudes toman 24 a 48 horas procesar aproximadamente. Necesita llamar la oficina principal de JHC.

¿Si estoy desempleado, como muestro el ingreso?

Si está desempleado actualmente, JHC necesitará una carta de apoyo. Esta es una carta de quienquiera con se queda expone que está quedando en la residencia. Si está informando de ninguna ingreso por una solicitud, puede ser aprobado solamente por dos o tres meses. Después de este necesitará facilitar prueba de ingresos de la casa por TODOS en la casa, a pesar de sus relaciones.

¿Que si solamente recibo ingresos de los vales de comida, TANF o alivio general?

Cada tiempo contrata para un programa como estos, recibe una carta de premio para el año próximo que detalla la cantidad que recibirá. Necesitará lo proveer con su solicitud. Si recibe solamente vales de comida, también JHC necesitará una carta de apoyo confirmar que recibe solamente vales de comida.

¿Que si no archivé los impuestos el año pasado?

Si no archivó los impuestos, debe llenar una forma de 4506 T IRS de no contribuyente. Esta forma es adjuntada al paquete.

¿Que si estoy un trabajador autónomo, puedo lleno los requisitos?

Si, si esta trabajador autónomo simplemente necesita tener el declaración de impuestos federales 1040 con la forma de programa C de impuestos del año pasado. Puede encontrar las formas en sus archivos de impuestos del año pasado.

Preguntas más frecuentes de los servicios dentales

¿Si recibo ayuda con JRDC, que cubra el honorario reducido?

El honorario reducido cubra dos visitas a la oficina por año. También cubra un cierto porcentaje de gastos totales de la visita. Si necesita ser visto más que dos veces en un año particular, será responsable para el honorario total de los visitas.

¿Si tengo Medicare (seguro medico del estado) o Medicaid (programa estatal de asistencia sanitaria a personas de bajos ingresos), puedo venir a JRDC?

Puede venir a la clínica dental si está matriculado en Medicare (seguro medico del estado) o Medicaid (programa estatal de asistencia sanitaria a personas de bajos ingresos). Sin embargo, si esta mayor que la edad de 21 necesitará llenar completamente el papeleo del honorario reducido y después puede ser visto al precio reducido.

Salida de Información

Yo, el abajo firmante, atestiguo a la exactitud y la verdad del información proveo en este solicitud para servicios. Johnson Health Center, James River Dental Clinic, Johnson OB Clinic and los empleados de MAP puedan confirmar todo del información proveído.

Autorizo la salida del información a la programa de ayuda con medicaciones de Johnson Health Center y el comparte del información sobre la solicitud a otras agencias, empresas farmacéuticas y doctores.

Autorizo los empleados del Johnson Health Center firmar en mi beneficio los documentos necesario obtener acceso a mis medicinas recetas.

Comprendo algunos cambios en los ingresos y la casa deben informar a coordinador del honorario reducido tan pronto como posible. Informará de cambios de dirección y teléfono también.

Comprendo es mi responsabilidad proveer la documentación y poner al día la solicitud cada año o aparte de eso, si considera necesario, para continuar como un paciente activo de Johnson Health Center y los agencias participando.

Yo, el abajo firmante, atestiguo el información proveído como parte del solicitud del honorario corredizo de Johnson Health Center es cierto y exacto. Si el información es decidido ser falso y engañoso, comprendo Johnson Health Center tiene el derecho discontinuar el precio de honorario reducido y pagará el honorario total.

Esta salida caduca en un año.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

This Page for Office Use Only

Family Size: _____

Income: _____

After examination of this applicant's family size, situation, and financial information, it is my decision that this application is:

_____ Approved at the rate of:

A _____ B _____ C _____ D _____

_____ Approved for OB Prenatal with a total cost of _____

_____ For children under age 18; ineligible for Medicaid:

Does not meet citizenship or immigration status requirements _____

Other: _____

_____ Denied, Reason: _____

For the Following Program(s):

- Adult Medical Services
- Pediatric Medical Services
- OB/Prenatal/Gyn Services
- Dental Services
- Behavioral Health Services
- Medication Assistance Program (MAP)

This status shall remain in effect for _____ from this date, _____ unless otherwise noted, at which time the applicant's financial situation will be reviewed to evaluate eligibility and classification.

Comments:

Date: _____

Reduced Fee Coordinator