



**Precio Reducido Formulario de Aplicación**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

*Al ser un Centro de Salud con Cualificación Federal, Johnson Health Center no discrimina por la habilidad del paciente para pagar. JHC ofrece a todos los pacientes la oportunidad de aplicar para el programa del Precio Reducido.*

**La elegibilidad para el Precio Reducido se comprueba usando el tamaño de la familia, el ingreso de la casa, y las guías federales para determinar los índices de pobreza según actualiza anualmente por de Departamento de Salud & Servicios Humanos. Los Niveles de Pobreza Federal se determinan anualmente como parte de Las Guías Federales de Pobreza.**

**Miembros de la Casa**

*Usted debe hacer lista de TODOS los miembros que usted pone en sus impuestos doméstico, incluyendo se a usted mismo. Esto incluye edad, relación al solicitante, tipo de seguro, y TODA fuente de ingreso. (Ingreso, Manutención, ingreso de invalidez, seguro social, SNAP, etc.)*

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación</b>	<b>Ingreso</b>	<b>Tipo de Seguro</b>

**Ingreso de la Casa**

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

¿Si está desempleado, por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana trabaja? \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su salario? \_\_\_\_\_

Periodo de Pago:     Quincenal     Dos veces al Mes     Mensual     Semanal

¿Alguien en case recibe Ingreso de Discapacidad, Seguro Social, ¿o Pensión?                     Si                     No

Discapacidad: \$ \_\_\_\_\_ Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_ Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Si hay más de una persona recibiendo alguno de estos beneficios, favor de especificar: \_\_\_\_\_

## El Programa De Asistencia de Medicamentos (MAP)

MAP está diseñando para ayudar aquellos que están sin seguro médico o con seguro insuficiente de obtener medicamentos de compañías farmacéuticas a un precio económico. El personal JHC actúa con las compañías farmacéuticas para obtener los medicamentos para el paciente. Hay un pago de \$5.00 para cada medicamento recibido y se puede pagar en pago efectivo, talón, o tarjeta de crédito.

Hay que hacer una aplicación para cada medicamento. Hay que firmar por paciente la aplicación con la compañía farmacéutica apropiada. **Puede tardar 4-6 semanas para empezar a recibir sus medicamentos.**

### **Lista de Verificación**

Para terminar la aplicación, hay que entregar TODA documentación del ingreso. Todas las documentaciones tienen que ser del año actual. Se puede incluir, pero se limita, a las siguientes cosas que le pueden pertenecer:

- Los talones del mes pasado: hay que ser seguidos y de un mes entero
- Los impuestos 1040 del año corriente o "Schedule C" al ser autónomo
- 4506T si no paga impuestos
- Documentación para la pensión alimenticia
- La carta del premio del subsidio por incapacidad laboral
- La carta del premio de jubilación o pensión
- La carta del premio de TANF
- La carta del premio de SNAP (vales de comida)
- Una carta de ayuda

*Hable con su proveedor o comuníquese con el Coordinador de MAP al (434) 947-5967 ext. 1243 para más información sobre el MAP.*

## La Autorización para divulgar Precio Reducido

Yo, el firmante de abajo, atestigo a la exactitud y la verdad de la información proveo en esta solicitud para servicios. El personal de Johnson Health Center puede confirmar toda la información entregada.

Autorizo el descargo de la información a la Programa de Asistencia de Medicamentos de Johnson Health Center y el compartir la información de mi aplicación a otras agencias, empresas farmacéuticas y proveedores médicos.

Yo entiendo que cualquier cambio de ingresos de la casa o cambios de miembros de la casa tendrán que ser reportados lo más pronto posible. También reportare cambios de dirección y de número de teléfono.

Yo entiendo que es mi responsabilidad proveer documentación y actualizar mi aplicación cada año o de lo contrario, si es considerado necesario, para seguir siendo un paciente activo de Johnson Health Center y sus agencias participantes.

**Yo, el firmante, verifico que la información de abajo, atestigo la información proveído como parte de la solicitud de Precio Reducido de Johnson Health Center es verdadero y exacto. Si la información es decidida ser falsa y engañosa, comprendo que Johnson Health Center tiene el derecho de discontinuar el Precio Reducido y tendré que pagar el honorario total.**

**Este descargo caduca en un año.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (*padre/guardián si es menor*)

\_\_\_\_\_  
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:
  - Nominal       Level B       Level C       Level D
- Approved for OB Prenatal with a total cost of \_\_\_\_\_
- Approved for children under age 18 ineligible for Medicaid
- 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 from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ unless otherwise noted, at which time the applicant's financial situation will be reviewed to evaluate eligibility and classification.

**Comments:**

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Reduced Fee Coordinator

\_\_\_\_\_  
Date