



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.)

Nombre	Edad	Relación	Ingreso	Tipo de Seguro

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