



Adjunto a la presente sírvase encontrar una solicitud para el Programa de reducción de costos. El nuevo año del programa de reducción de costos comienza el primero de abril del 2017, por lo tanto por favor complete la solicitud y re-envíenosla adjuntando comprobantes de ingresos. También le anexamos un sobre verde para su conveniencia al re-enviarnos la solicitud.

El Programa de reducción de costos no se considera como siendo un seguro/cobertura de seguro médico. El programa de reducción de costos ofrece tarifas reducidas a los pacientes que cumplan los requisitos correspondientes, dicho descuento se aplica a los servicios recibidos dentro de las sucursales de *Shenandoah Valley Medical System*. Todos los pacientes que no tengan seguro médico pueden comunicarse con el personal de la ACA (Ley de Cuidados de Salud a Bajo Precio) ubicados en **99 Tavern rd.** referente a la obtención de seguro médico, o pueden ingresar a www.healthcare.gov o llamar al **1-800-318-2596**.

Empleo (Se requiere sólo uno de los siguientes comprobantes)	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes más recientes de un mes de sueldo • Carta de declaración de impuestos del 2016 (NO forma W2) • Una carta para presentar salario bruto y que esté escrita por el empleador e impresa en papel membretado o notariada
Trabajador por cuenta propia	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de impuestos del 2016 con “<i>Schedule C</i>”
Indemnización por desempleo/accidente laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Carta oficial de notificación de beneficios que presente la cantidad recibida semanal o mensualmente
Discapacidad/Seguro Social	<ul style="list-style-type: none"> • Carta oficial de notificación de beneficios.
Pensión de menor/conyugal	<ul style="list-style-type: none"> • Carta oficial de notificación u orden judicial
Asistencia del Gobierno	<ul style="list-style-type: none"> • Carta oficial de notificación de beneficios
Pensiones	<ul style="list-style-type: none"> • Carta oficial de notificación de beneficios
Si otra persona lo declara a usted en los impuestos:	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere que presente la declaración de impuestos del 2016
Si no tiene fuente de ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • Llámenos para solicitar un formulario de asistencia financiera

La solicitud debe ser completada solamente con tinta azul o negra. Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor llame a **Shenandoah Community Health Center** al **304-596-2215**, a **Winchester Family Health Center** al **540-722-2369**, o al **304-263-7023** para **Behavioral health Center**.



Shenandoah Community Health Sliding Fee Application

Nombre:		Seguro Social#		Fecha de Nacimiento :	
Dirección:			Telefono:		
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
<i>(marque)</i> Residente de E.E.U.U. SI/NO		Veterano SI/NO		Emigrante (Fincas) SI/NO	
¿Para cual departamento está aplicando? <i>(Marque)</i>		Medico	Salud Mental	Dental	Clínica de Winchester
¿Qué tipo de seguro tiene? <i>(Marque)</i>		Medicaid	Medicare	Comercial(BCBS, Aetna, Cigna)	Otro Ninguno
INFORMACION LABORAL					
Compañía:				¿Cuánto tiempo lleva trabajando?	
Teléfono:		Pago por hora:		¿Cada cuanto? Semanal Cada dos semanas <i>(Marque)</i>	
¿Cuántas personas mantiene (incluyéndose Ud.)?			¿Estudia tiempo completo?		
ESPOSO (A)/OTRO EMPLEO					
Compañía:				¿Cuánto tiempo lleva trabajando?	
Teléfono:		Pago por hora		¿Cada cuanto? Semanal Cada dos semanas <i>(Marque)</i>	
LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR					
<i>POR FAVOR INDIQUE CUALES MIEMBROS SON DEPENDIENTES (UN DEPENDIENTE SE DEFINE COMO ALGUIEN QUE APARECE EN EL FORMULARIO FEDERAL DE IMPUESTOS ANUALES). UTILICE OTRA HOJA SI NECESITA MAS ESPACIO.</i>					
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
LISTA DE TODOS LOS INGRESOS INCLUYA PRUEBA DE INGRESOS					
Asistencia Pública \$ <i>(Estampillas de Alimentos, Beneficios en Efectivo)</i>		Seguro Social/Incapacidad \$		Herencia \$	
Pensión Alimenticia/Manutención de Hijos/TANIF \$		Pensiones/Retiros \$		Desempleo \$	

Debe incluir prueba de ingresos para cada persona en su hogar que los recibe. Si no tiene ingresos que declarar, necesitamos más información. Por favor llámenos antes de completar su aplicación. Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame a nuestra oficina al 304-596-2215 o mándenos un correo electrónico a slidingfee@svms.net.

Continúe a la otra pagina.

Juro y afirmo bajo la ley que toda la información provista es verídica. He recibido el libretto de información del Programa de Reducción de Pagos y entiendo mi responsabilidad como participante del programa. *Su información financiera no será dada a ninguna otra agencia. Debe pagar el mismo día de su cita. La reducción de pago no será efectuada hasta que su aplicación haya sido aprobada.*

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal

Fecha

Otros miembros del hogar aplicando para el Programa de Reducción de Pagos:

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Favor de proveer información adicional que puede ayudar con el proceso de aplicación.

FOR OFFICE USE ONLY

Received by _____ Date: _____

Approved by _____ Date: _____ Expiration Date: _____

Discount amount _____ % Denied _____



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health.

Este centro de salud es un concesionario del Programa de Centros de Salud, bajo la ley 42 U.S.C. 254b, y es considerado un empleado de Servicios de Salud Pública bajo la ley 42 U.S.C. 233(g)-(n).

YOUR RESPONSIBILITIES

These are **Your Responsibilities:**

- To bring in the required information for Sliding Fee Program.
- To complete the Sliding Fee Application.
- To make consistent payments on any current balance or bad debt.
- To bring in your sliding fee co-pay at the time of your appointment.

SLIDING FEE QUESTIONS

If you have any questions regarding the Sliding Fee Program, please email slidingfee@svms.net or call

- Shenandoah Valley Medical System
(304)596-2215
- Winchester Family Health Center
(540)722-2369



SHENANDOAH VALLEY
MEDICAL SYSTEM, INC.

SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM

- Shenandoah Community Health Center
- Winchester Family Health Center
- Behavioral Health Services – Charles Town
- Healthy Smiles Community Oral Health Center

SHENANDOAH VALLEY MEDICAL SYSTEM, INC.

99 Tavern Rd
P.O. Box 1146
Martinsburg, WV 25402

Shenandoah Valley Medical System, Inc.

Sliding Fee Coordinator

Phone: 304-596-2215
Fax: 304-596-2202

Winchester Family Health Center

Phone: 540-722-2369
Fax: 540-722-6601



Shenandoah Valley Medical System, Inc. does business as
Shenandoah Community Health.

This health center is a Health Center Program grantee under 42 U.S.C. 254b, and a deemed Public Health Service employee under 42 U.S.C. 233(g)-(n).

WHAT IS THE SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM?

- The Sliding Fee Discount Program allows those who are un-insured or underinsured to receive healthcare at a reduced cost.
- To be eligible for the program, proof of household income and family size is required. The minimum payment for medical care is \$15 and minimum for dental care is \$20. This amount is **only** for patients that are **below 100%** of the poverty level.
- You may owe more based on the level of reduction for which you qualify. If you have insurance, reduced payments will apply to the balance you owe **after** your insurance obligations, such as per visit co-pay as part of your insurance agreement.
- The Sliding Fee Discount Program can be used for x-rays, laboratory services, medical, and dental care at our Shenandoah facilities.

WHAT IS REQUIRED TO APPLY?

1. Proof of 1 month of income for everyone in the household.
2. Completion of the sliding fee application including signatures of all adults who wish to be enrolled in the program.

HOW DOES THE PROGRAM WORK?

1. Once all the required information is received, a letter stating eligibility will be sent.
2. The rate stated in the letter will be what percentage the patient is responsible for.
3. **An approved sliding fee application must be received prior to receiving a discount.**
4. **If documentation is not provided, or the application could not be approved, the full amount charged for the services received will be the responsibility of the patient or guarantor.**

UPDATE & PAYMENT REQUIREMENTS

1. Financial documentation for the Sliding Fee Discount Program must be updated every **April**.
2. **The requested information must be supplied prior to receiving a Sliding Fee Discount.**
3. Your application must be updated anytime your income changes more than \$100 per month.
4. It is important to keep your account current. If balances are not paid in a timely manner, you may be asked to agree to a payment plan. We are willing to work with you to develop a reasonable payment schedule based upon your ability to pay. It is very important that the agreed upon amount is paid regularly and on time. If not, it may be necessary to speak to a billing specialist before each appointment is made.
5. The Sliding Fee Program is funded by the Federal Government. Failure to provide truthful application information may result in **dismissal** from the Sliding Fee Discount Program and/or **Federal Penalties**.