A continuación se enumeran los documentos solicitados para la verificación de ingresos para el Programa de Reducción de Costos. Por favor complete y devuelva la solicitud del Programa con el comprobante de ingresos que sea más aplicable a su estado de ingresos actual.

El Programa de reducción de costos no es considerado un seguro/cobertura de seguro médico. El programa de reducción de costos provee a los pacientes aprobados tarifas reducidas por servicios recibidos dentro de las oficinas de Shenandoah Community Health. 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 Road referente a la obtención de seguro médico, o pueden ingresar a www.healthcare.gov o llamar al 1-800-318-2596.

Por favor, asegúrese de que todas las secciones de la solicitud estén completas. Para preguntas o asistencia, llame a Shenandoah Community Health al 304-596-2215 o envíe un correo electrónico a slidingfee@svms.net.

Empleo (Se requiere sólo uno de los siguientes comprobantes)	• Comprobantes más recientes de un mes de sueldo • Carta de declaración de impuestos del año más reciente (NO se acepta la forma W2) • Una carta para presentar salario bruto y que esté escrita por el empleador e impresa en papel membretado o notarizada
Trabajador por cuenta propia	• Declaración de impuestos más reciente con “Schedule c”
Indemnización por desempleo/accidente laboral	• Carta oficial de notificación de beneficios que presente la cantidad recibida semanal o mensualmente
Discapacidad/Seguro Social	• Carta oficial de Medicare más reciente de notificación de beneficios del año actual (No se acepta la forma 1099)
Pensión de menor/conyugal	• Carta oficial de notificación u orden judicial
Asistencia del Gobierno	• Carta oficial de notificación de beneficios
Pensiones	• Carta oficial de notificación de beneficios
Si otra persona lo declara a usted en los impuestos:	• Se requiere que presente la declaración de impuestos del año más reciente.
Si no tiene fuente de ingresos	• Llámenos para solicitar un formulario de asistencia financiera

Shenandoah Valley Medical System, Inc. hace negocios como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y tiene estatus otorgado por el Servicio Federal de Salud Pública para ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Shenandoah Community Health Sliding Fee Application

Nombre:	Seguro Social#	Fecha de Nacimiento :
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

(*marque)* Residente de E.E.U.U. SI/NO	Veterano SI/NO	Emigrante (Fincas) SI/NO
¿Para cual departamento está aplicando? *(Marque)*	Médico Salud Mental Dental	Clínica de Winchester
¿Qué tipo de seguro tiene? *(Marque)*	Medicaid Medicare Comercial(BCBS, Aetna, Cigna) Otro	Ninguno

INFORMACION LABORAL ***INGRESOS***		***INCLUYA PRUEBA DE***
Compañía:		¿Cuánto tiempo lleva trabajando?
Teléfono:	Pago por hora:	¿Cada cuánto? Semanal Cada dos semanas *(Marque)*
¿Cuántas personas mantiene (incluyéndose Ud.)?	¿Cuántas horas por semana trabaja?	
ESPOSO/COMPANERO (A)/OTRO EMPLEO ***INGRESOS***		***INCLUYA PRUEBA DE***
Compañía:		¿Cuánto tiempo lleva trabajando?
Teléfono:	Pago por hora	¿Cada cuánto? Semanal Cada dos semanas *(Marque)*

LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR

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.

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 $ *(Beneficios en Efectivo)*	Seguro Social/Incapacidad $	Pensiones/Retiros $
Apoyo conyugal $	Manutención de Hijos $	Desempleo $

Debe adjuntar un comprobante de ingresos para cada persona que recibe ingresos que reside en su hogar. Si no tiene ingresos que declarar, comuníquese con nuestra oficina para recibir más instrucciones al 304-596-2215 o envíe un correo electrónico a slidingfee@svms.net.

Continúe a la otra página.

Juro y afirmo bajo la ley que toda la información provista es verídica. He recibido el libreto 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 puede ser retroactiva hasta 90 días a partir de la fecha de aprobación de la solicitud.

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal Fecha

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

Nombre Escrito	Fecha de Nacimiento:	Firma	Fecha
Nombre Escrito	Fecha de Nacimiento:	Firma	Fecha
Nombre Escrito	Fecha de Nacimiento:	Firma	Fecha
Nombre Escrito	Fecha de Nacimiento:	Firma	Fecha

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

FOR OFFICE USE ONLY

Received by_____ Date:_____

Calculated by_____ Date:_____

Approved by_____ Date:_____ Expiration Date:_____

Percentage of Federal Poverty Line_____% EHR Review Medical_____ Dental_____ BHS_____ Lab_____ OB/Delivery_____

Shenandoah Valley Medical System, Inc. hace negocios como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y tiene estatus otorgado por el Servicio Federal de Salud Pública para ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Shenandoah Community Health

Encuesta sobre el programa de descuento de reducción de pagos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento :_____

Tamaño de la familia	up to 100%	101 - 125%	126 - 150%	151 - 175%	176 - 200%	201% y más
CANTIDAD EN DÓLARES DE CARGOS QUE PAGA EL PACIENTE						
Pago Nominal Médico	$20.00	$35.00	$65.00	$95.00	$115.00	n/a
Pago Nominal Dental	$25.00	$40.00	$70.00	$100.00	$120.00	n/a
Pago nominal de Parto	$250.00	$400.00	$600.00	$800.00	$1,000.00	n/a
Pago Nominal de Laboratorio	$15.00	$20.00	$25.00	$30.00	$35.00	n/a

1. ¿La tarifa nominal mínima es accesible para sus servicios médicos? **Sí** **No**

2. ¿La tarifa nominal mínima es accesible para sus servicios dentales? **Sí** **No**

3. ¿La tarifa nominal mínima es accesible para sus servicios de laboratorio? **Sí** **No**

4. ¿La tarifa nominal mínima es accesible para sus servicios de obstetricia? **Sí** **No**

Firma del Paciente: _____ Fecha :_____