



Verificación de ingresos y elegibilidad para descuentos

Como centro de salud calificado a nivel federal, solicitamos información sobre los ingresos de todos nuestros pacientes. Requerimos la verificación de esta información para los pacientes que solicitan servicios con descuento. Todas las respuestas son confidenciales.

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Ingresos y tamaño de la familia

Número de personas que viven en su hogar: _____

El número de personas que viven con usted y que comparten ingresos, comida y alquiler. Ese número puede incluirlo a usted, su cónyuge o pareja y sus dependientes. No incluya compañeros de cuarto con quienes no comparte gastos.

Ingreso familiar estimado: _____ Mensual Anual

Incluya dinero del trabajo, desempleo, pensión alimenticia y manutención infantil, cheques del Seguro Social, asistencia pública en efectivo y otra asistencia monetaria. No incluya vales, SNAP u otros ingresos no monetarios.

Virginia García ofrece un programa de descuento de tarifa variable. Los pacientes que deseen un

Elegibilidad de descuento

descuento de tarifa variable deben proporcionar un comprobante de ingresos en cada visita. Las pruebas comunes de ingresos incluye:

- Talons de pagos de trabajo
- W-2 o declaración de impuestos del año pasado
- Registros de trabajo por cuenta propia
- Declaración del Seguro Social/ SSI
- Pensión alimenticia
- Manutención de los hijos
- TANF/Asistencia en efectivo
- Declaración escrita del empleador
- Declaración de desempleo
- Beneficios de VA
- Permiso Pagado de Oregon
- Extracto Bancario

Entiendo que para recibir un descuento, debo presentar prueba de ingresos del hogar. Si no proporciono prueba de ingresos, seré responsable de los honorarios completos. Si solicito un descuento, también se puede aplicar a los copagos y deducibles de mi seguro. Si no tengo comprobante de ingresos, hablaré con la recepción o con la oficina de facturación para saber cuáles son mis opciones.

VGMHC puede verificar la información que proporciono en este formulario. La información es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Notificaré a la clínica si hay cambios en mis ingresos o en el tamaño de mi hogar. Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información a los fabricantes farmacéuticos o sus designados para auditar los descuentos si recibo medicamentos bajo estos programas de descuento.

Solicito el descuento descrito en esta página.

VGMHC STAFF ONLY:		
VGMHC Staff Printed Name: _____		
Scale: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RH		
<input type="checkbox"/> Check this box if patient has state/public insurance and income information is for data collection only. Patients with private or commercial insurance who wish to receive a discount on their co-pay must provide proof of income.		
If patient is self-declaring (check one): <input type="checkbox"/> Agricultural Worker <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Paid in Cash <input type="checkbox"/> Other		
Describe source of income if self-declaring and uninsured:		
The information on this form was collected by: <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Electronic <input type="checkbox"/> In Person		