



Eastern Shore Rural Health System, Inc. Solicitud de tarifa variable

Para que procesemos su solicitud, debe entregar un comprobante de ingresos.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección postal: _____ **Ciudad/estado:** _____

Código postal: _____ **N.º de teléfono:** _____ **N.º de celular** _____

Nombre del seguro médico _____ **Seguro dental:** _____

¿Usted o alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud tiene alguno de estos? (Encierre en un círculo). Si la respuesta es sí, adjunte comprobantes.

| | | | |
|---|---|---|--|
| Medicaid Seguridad Social | Medicare SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) | Famis Medicaid Desempleo | NET Business Ingresos de alquileres |
| ADC Manutención de menores Beneficios de SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria) | General Relief Discapacidad Intereses | Pensión alimenticia Apoyo a la familia Pensión/jubilación | Asignación militar Dividendos Otro |

Empleador: _____ **N.º del trabajo:** _____
Ciclo de pago ___ semanal ___ bimensual ___ bimensual ___ mensual ___ otro

Empleador: _____ **N.º del trabajo:** _____
Ciclo de pago ___ semanal ___ bimensual ___ bimensual ___ mensual ___ otro

Salarios del grupo familiar: _____ **Número de personas que viven de estos ingresos:** _____

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Familiares dependientes: | Fecha de nacimiento: | Relación con el solicitante: |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Certifico que la información de arriba es verdadera. Leí y entiendo la información de los beneficios de tarifa variable que aparece en el reverso de este formulario. Los únicos ingresos que tengo se indican correctamente arriba. Si ocurre algún cambio, informaré de inmediato a la oficina de facturación.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Solo para uso de la oficina
Ingresos anuales totales _____ Tipo de SF _____ N.º de cuenta: _____

Persona que hace la entrevista: _____ Fecha: _____

Lea y firme este formulario y devuélvalo a uno de los cuatro centros que se indican en el lado superior izquierdo.

CORPORATE OFFICE

20280 Market Street
Onancock, VA 23417
757-414-0400
Fax 757-414-0569
Billing 757-414-0431
www.esrh.org
E-mail: info@esrh.org

COMMUNITY HEALTH CENTERS

Atlantic CHC
757-824-5676

Chincoteague Island CHC
757-336-3682

Eastville CHC
757-331-1086

Franktown CHC
757-442-4819

Onley CHC
757-787-7374

SCHOOL DENTAL PROGRAMS

Kiptopeke Elementary
757-331-1048

Metompkin Elementary
757-665-1159

Nandua Middle
757-787-3494

Oceohannock Elementary
757-331-1048

Pungoteague Elementary
757-789-7777

ATLANTIC COMMUNITY PHARMACY

757-824-4477
esrhrx.org

EXPRESS CARE

757-787-1465
expresscare.esrh.org

Eastern Shore Rural Health ofrece un descuento o tarifa variable gracias a un programa del gobierno. Abajo hay un breve resumen que explica sus beneficios. Lea la siguiente información. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude en preguntarnos.

- Sus ingresos y el tamaño de su familia determinan el descuento. Si hay algún cambio en sus ingresos o en el tamaño de su familia, comuníquese con nuestra oficina.
- Lo que usted pagará por visita:
 - o Visitas médicas: \$20.00, \$30.00, \$35.00 o \$40.00.
 - o Visitas médicas pediátricas por proveedores de ESRHS en Riverside Shore
 - o Memorial Hospital: \$50.00, \$75.00, \$90.00 o \$100.00.
 - o Dental: \$35.00, \$50.00, \$55.00 o \$65.00.
- La tarifa variable puede aprobarse hasta por un año cada vez.
- Su descuento es válido en los centros de salud comunitarios (Community Health Centers) de Atlantic, Bayview, Chincoteague, Franktown, Eastville y Onley, y en la unidad dental de las escuelas primarias de Metompkin (Metompkin Elementary School Dental), Pungoteague (Pungoteague Elementary School Dental) y Nandua (Nandua Middle School)
- Un mes antes de que venza su tarifa variable; **tendrá que** comunicarse con nuestra oficina para completar una nueva solicitud y dar su POI (Proof of Insurance o comprobante de ingresos) actual.
- Puede entregar los documentos que se mencionan abajo como comprobante de ingresos. Podemos pedir más información como comprobante de ingresos.
 - Talón del cheque más reciente (se requieren 2)
 - La declaración de impuestos más reciente
 - Jubilación mensual
 - Discapacidad mensual (puede obtener una impresión en la Oficina de Discapacidad)
 - Medicaid o Famis
 - Seguro Social mensual (puede obtener una impresión en la Oficina del Seguro Social)
 - Asistencia mensual como cupones para alimentos (puede obtener una impresión en de Servicios Sociales)
 - Carta de la persona que ayuda con la manutención mensual (firmada y con fecha)
 - Llame si quiere preguntar sobre otras opciones.

PAGUE EL COPAGO AL MOMENTO DE LA VISITA.

Al firmar abajo usted autoriza que Eastern Shore Rural Health System, Inc. revele esta información a otras agencias de atención médica a las cuales podría ser remitido y que también ofrecen programas de descuentos.

Firma: _____ **Fecha:** _____