



Eastern Shore Rural Health System, Inc.

Solicitud de tarifa variable

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

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

Atlantic Community Health Center
 5219 Lankford Highway
 New Church, VA 23415
 757-824-5676
 Fax 757-824-5872

Bayview Community Health Center
 22214 South Bayside Rd
 Post Office Box 970
 Cheriton, VA 23316
 757-331-1086
 Fax 757-331-1129

Chincoteague Island Community Health Center
 4049 Main Street
 Chincoteague Island, VA 23336
 757-336-3682
 Fax 757-336-3703

Franktown Community Health Center
 9159 Franktown Rd.
 Post Office Box 9
 Franktown, VA 23354
 757-442-4819
 Fax 757-442-9505

Onley Community Health Center
 20306 Badger Lane
 Post Office Box 159
 Onley, VA 23418
 757-787-7374
 Fax 757-787-4513

DENTAL CENTERS

Atlantic Community Health Center
 757-824-5676

Franktown Community Health Center
 757-442-4819

Pungoteague Elementary School Dental
 757-789-7777

Metompkin Elementary School Dental
 757-665-1159

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	General Relief Discapacidad	Pensión alimenticia Apoyo a la familia	Asignación militar Dividendos
Beneficios de SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)	Intereses	Pensión/jubilación	Otro

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

Empleador: _____ **N.º del trabajo:** _____
Ciclo de pago ___ semanal ___ 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. Léí 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.

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:

Visitas médicas: \$20.00, \$30.00, \$35.00 o \$40.00.

Visitas médicas pediátricas por proveedores de ESRHS en Riverside Shore

Memorial Hospital: \$50.00, \$75.00, \$90.00 o \$100.00.

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 y Onley, y en la unidad dental de las escuelas primarias de Metompkin (Metompkin Elementary School Dental) y Pungoteague (Pungoteague Elementary School Dental).

- 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 ESRH revele esta información a otras agencias de atención médica a las cuales podría ser remitido y que también ofrecen programas de descuentos.

Nombre _____

Fecha _____