



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

Se necesita un comprobante de ingresos para procesar esta solicitud.

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

Atlantic Community
Health Center
Dental Services Provided 5219
Lankford Highway P.O. Box 130
New Church, VA 23415
757-824-5872
Fax 757-824-5872

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

Eastville Community
Health Center
Dental Services Provided 17068
Lankford Highway
P.O. Box 98 Eastville, VA 23347
757-331-1086
Fax 757-442-9505

Franktown Community
Health Center
Dental Services Only 9159
Franktown Road
P.O. Box 9 Franktown, VA 23354
757-442-4819
Fax 757-442-2264

Onley Community Health
Center
20306 Badger Lane
P.O. Box 159 Onley, VA 23418
757-787-7374
Fax 757-787-4513

Metompkin Elementary
School Dental Program
757-665-1159

Nandua Middle
School Dental Program
757-787-3494

Pungoteague Elementary
School Dental Program
757-789-7777

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad/Estado: _____

Zip: _____ Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Número de Seguro Social _____

Nombre del seguro médico _____ Seguro dental: _____

¿Usted o alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud tiene alguno de los siguientes?
(Encierre en un círculo). Si respondió sí, adjunte comprobantes.

- | | | | |
|------------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|
| Medicaid | Medicare | Famis Medicaid | Empresa en línea |
| Seguro Social | SSI | Desempleo | Ingresos por alquiler |
| ADC | Ayuda General | Pensión alimenticia | Asignación militar |
| Manutención de menores | Discapacidad | Asignación a la familia | Dividendos |
| Beneficios de SNAP | Intereses | Pensión/jubilación | Otros |

Empleador: _____ N.º de trabajo: _____
Forma de pago ____ Semanal ____ Cada 2 semanas ____ 2 veces al mes ____ Mensual ____ Otros

Empleador: _____ N.º de trabajo: _____
Forma de pago ____ Semanal ____ Cada 2 semanas ____ 2 veces al mes ____ Mensual ____ Otros

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

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

Yo certifico que la información de arriba es verdadera. Leí y entiendo la información de los beneficios de cargo variable que aparece en la parte de atrás de este formulario. El único ingreso que tengo se indica correctamente arriba. Si cambia, informaré de inmediato a la oficina de facturación.

Firma: _____ Fecha _____
~~~~~

Solo para uso de la oficina  
Ingresos anuales totales \_\_\_\_\_ Tipo SF \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Lea y firme este formulario y devuélvalo a uno de los cuatro centros.  
Vea la parte de atrás.**

Eastern Shore Rural Health da un cargo variable o descuento gracias a un programa del gobierno. Abajo hay un 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 consulta:

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

Consultas médicas pediátricas por proveedores de ESRHS en Riverside Shore Memorial

Hospitalización: \$50.00, \$75.00, \$90.00 o \$100.00.

Servicio dental: \$35.00, \$50.00, \$55.00 o \$65.00.

El cargo variable puede aprobarse un año cada vez.

Su descuento es válido en los centros médicos de la comunidad de Atlantic, Eastville, Chincoteague, Franktown, Onley y en la unidad dental de las escuelas primarias de Metompkin, Nandua y Pungoteague.

Un mes antes de que venza su cargo variable; **tendrá que** comunicarse con nuestra oficina para completar una nueva solicitud y dar su POI actual.

Puede entregar los documentos abajo como comprobante de ingresos. Podemos pedir más información como comprobante de ingresos.

- La declaración de impuestos más reciente
- Talón del cheque más reciente (se requieren 2)
- Jubilación mensual
- Discapacidad mensual (puede obtener una copia impresa en la Oficina de Discapacidad)
- Medicaid o Famis para la persona que solicita
- Seguro Social mensual (puede obtener una copia impresa en la Oficina del Seguro Social)
- Ayuda mensual como cupones para comida (puede obtener una copia impresa en los 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 CUANDO DURANTE LA CONSULTA.**

**Cuando firma abajo usted autoriza que ESRH comparta esta información a otras agencias de atención médica a las que podría ser remitido y que también ofrecen programas de descuentos.**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_