



Solicitud Para Reduccion de Tarifa

INFORMACION DEL APLICANTE

Apellido del Apicante _____ Nombre _____ Inicial _____
 Numero del Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____
 Licencia de Manejo o Identificacion del Estado _____ Estado _____ Sexo: Masculino Femenino
 Direccion _____
 Ciudad _____ Condado _____ Estado _____Codigo Postal _____
 Numero del Telefono (dia) (_____) _____ Telefono Alterno (_____) _____
 Estado Civil: Soltero Casado Seperado Divorciado Viudo(a)

Si es casado Proveer la Informacion de la Esposa(o)

Apellido del Esposo(a) _____ Nombre _____ Inicial _____
 Numero del Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____
 Licencia de Manejo o Identificacion del Estado _____ Estado _____ Sexo: Masculino Femenino

Tamaño de la Familia. Incluir a todos los miembros de la familia.

Nombre:	***	Sexo	Fecha de Nacimiento	Numero del Seguro Social	Relacion con el Paciente	Estado Civil
		M F				
		M F				
		M F				
		M F				
		M F				
		M F				

* Indicar con un Visto si el Miembro de la Familia Aplica para la Reduccion de Tarifa

Iniciales del Apicante _____



Si alguno de los Aplicantes para los beneficios de la tarifa de Escala, estan cubiertos por Medicare, Medicaid o algun otro tipo de Seguro Si No

Si la respuesta es Si:

Nombre de la Persona(s) Cubiertas Polizas:	Compania de Seguro	Numero de la Poliza

INGRESO FAMILIAR

Escriba el Nombre de las Personas dentro de su familia que Trabajan y adjunte una Prueba de Ingreso. Si Trabaja en forma independiente adjuntar una copia del Tax return.

Nombre y Relacion Familiar	Numero de Telefono de su Empleador	Salario Bruto/Frecuencia (semanal, quincenal, mensual)

Otros Ingresos (por mes):

Pension por Niños \$ _____

Desempleo \$ _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalizacion: _____

Compensacion Laboral \$ _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalizacion: _____

Beneficios por Invalidez \$ _____

TANF, Fondos de Asistencia Publica \$ _____

Pagos por Companias de Seguro \$ _____

Pension por Retiro \$ _____

Beneficios del Seguro Social \$ _____

Beneficios por ser veterano \$ _____

Ingresos por Fondos de Fideicomisos \$ _____

Ingresos Adicionales:

Haga una lista de todos los Ingresos como Pensiones, Rentas, Contribuciones en efectivo hechos por familiares u otras personas, rentas, hipotecas, intereses, dividendos, regalias, cuenta de ahorros, bonos, acciones, y otras fuentes.

Fuente de Ingreso: _____ Total por Mes: \$ _____

Iniciales del Aplicante _____



Yo entiendo que mi participacion en el Programa de Reduccion de Tarifas, tendra efecto desde que se proceda a la verificacion de todos los datos proporcionados. Dependiendo de la documentacion entregada, este programa sera revisado entre los 3 y 12 meses, cada 3 meses para pacientes que no tengan ingresos y cada 12 meses para pacientes que tengan ingresos. Es de mi responsabilidad realizar una cita con la persona indicada, por lo menos 3 semanas antes del vencimiento de la tarjeta de beneficios del Oconee Valley Healthcare, con el objeto de renovarla. La fecha de mi renovacion es: _____ **Iniciales:** _____

Yo entiendo que la documentacion presentada debera estar actualizada con el objeto de recibir los beneficios de reduccion de tarifa. Es mi deber notificar en los siguientes 10 dias algun cambio de direccion, o cambio en el ingreso familiar, caso contrario perdere los derechos adquiridos en la tarjeta de beneficio y debera proceder a realizar nuevamente todo el tramite. **Iniciales:** _____

Yo entiendo que los descuentos en los servicios se aplicaran exclusivamente a partir de la fecha de aprobacion de la tarjeta, siendo mi responsabilidad del pago en su totalidad en caso de no haber completado el proceso de aplicacion, asi como tambien en caso de no haber entregado toda la informacion solicitada. La tarjeta de beneficios de descuento del Oconee Valley Healthcare, debera ser presentada en cada visita al Oconee Valley Healthcare, con el objeto de acceder a los descuentos. **Iniciales:** _____

Yo entiendo que el nivel de descuento es _____ y no todos los servicios que se ofrecen son aplicables dichos descuentos. No proveemos servicios gratis. Los pagos son requeridos a todos los pacientes en cada visita al Oconee Valley Healthcare. **Iniciales:** _____

Yo entiendo que el Oconee Valley Healthcare, podria autorizar un credito en cuentas sobre los \$200.00, estableciendo previamente un plan de pagos que me permita cumplir con el compromiso adquirido. Los descuentos y financiamiento no son aplicables a todos los servicios que se ofrecen. Yo entiendo que debere cancelar mi parte proporcional en cada visita. **Iniciales:** _____

Yo entiendo que mi participacion en el Programa de Beneficios podra ser cancelada si me mudo a otro pais, si aumentan los ingresos en la familia, si no estoy de acuerdo con el plan de los servicios medicos/dentales, si mi comportamiento es grosero e inapropiado con el personal, si no me presento por lo menos en 3 citas programadas sin notificacion de cancelacion con al menos 48 horas de anticipacion, si falsifico la documentacion presentada, si no esta dispuesto a pagar las cuentas adeudadas, si no mantengo mis registros con Oconee Valley Healthcare. Yo entiendo que mi falla en el seguimiento de tratamiento propuestos por los doctores, asi como mantener mis citas, costos de los servicios, manejo de un plan contra el dolor, derivacion del paciente hacia especialistas, regimen de medicacion y otros ordenados por el proveedor de salud. **Iniciales:** _____

Yo afirmo que que toda la informacion entregada a la Oconee Valley Healthcare es verdadera fiel a la original. Yo entiendo que la informacion entregada, determinara para saber si soy apto para este programa, el mismo que es provisto por fondos federales, por consiguiente esta informacion podra ser auditada por organismos federales y del Estado. Yo entiendo que si he faltado a la verdad en la informacion entregada, la participacion en el programa sera cancelada. **Iniciales:** _____

Yo autorizo al Oconee Valley Healthcare a liberar la informacion otorgada en disco, compañías de seguro, proveedores de cuidados medicos, instituciones financieras, federales y del estado, agencias del gobierno local hacia agencia u otras organizaciones necesaria para el Oconee Valley Healthcare para obtener ingresos de tercerias, o verificacion de estados provistos por otras personas. Yo entiendo que con esta autorizacion pueda ser liberada la informacion de las instituciones nombradas anteriormente y que sean requeridas. **Iniciales:** _____

Firma de Paciente y Fecha: _____

Testigo por parte del OVH y Fecha: _____



Sin Empleo/Sin Ingresos

1. ¿Esta Usted buscando trabajo? Explique su esfuerzo

2. Describa quien le provee de casa, alimentacion, vestimenta, y efectivo, describa los nombre y cantidad casa:
Alimentos:

Vestimenta:

Dinero en efectivo:

3. Favor explicar, si Usted no tiene ingresos y no recibe ayuda economica de sus amigos y parientes:

¿Como paga la renta?

¿Como paga por sus alimentos?

¿Como obtiene su dinero en efectivo?

4. En caso de recibir ayuda economica de alguna organizacion o iglesia, favor detalle su nombre, el nombre del contacto en la organizaion y el tipo de asistencia.

5. Si Usted reporta no ingresos, ha aplicado a asistencia publica. Si No

En caso de que su respuesta se si, favor detalle el tipo y cual es el estado de su tramite.

Firme del paciente y fecha: _____

Testigo por parte del OVH y fecha: _____



Documentación necesaria para la verificación de ingresos:

- _____ Últimos 3 talones de cheque (para cualquier persona que trabaje en el hogar)
- _____ Impreso de salarios e ingresos del Departamento de Trabajo (para cualquier adulto que no trabaje en el hogar)
- _____ Prueba de desempleo
- _____ Carta de concesión de SSI / Discapacidad
- _____ Prueba de manutención infantil
- _____ Prueba de estampillas de comida
- _____ ID con foto

Esta documentación debe entregarse en su próxima cita.

¿Preguntas?

**Oconee Valley Healthcare
803 S. Main Street
Greensboro, GA 30642
(706) 454-5153**



Instrucciones del Proceso de Aplicación para obtener los Servicios de Descuento

Califican para el proceso de Descuento, aquellos pacientes que residen en los condados de **Greene, Putnam y Baldwin.**

Los pacientes que viven en estos condados podrán aplicar y recibir descuentos basados en los niveles del tamaño de la familia y nivel de ingresos

Para aplicar:

- 1. Llene el formulario y complete su aplicación**
- 2. Solicite una cita, con la coordinadora designada llamando al teléfono 706-453-1201, extensión 5153**
- 3. Traiga toda la información detallada a continuación para su cita**

Prueba de Residencia: Puede traer uno de los siguientes documentos:

- ***Un ID con foto con la dirección de su residencia***
- ***Traer 2 recibos de pago de energía eléctrica, agua o teléfono en la que conste su actual dirección***
- ***Recibo del pago de la hipoteca de su propiedad o recibo del pago de la renta en la que conste su dirección***
- ***Para estudiantes, identificación escolar en la que conste la dirección de residencia***

Si Usted no puede proveer uno de los documentos solicitados en el párrafo anterior, ya que vive en casa de algún amigo o familiar, la coordinadora trabajará con Usted solicitando algún otro tipo de información.

Prueba de Ingresos: Puede traer uno de los siguientes documentos:

- ***Declaración de Impuesto del año anterior***
- ***Los últimos 3 comprobantes de pago del trabajo donde labora el miembro de la familia y /u otra prueba de ingreso como Cheque del Seguro social, cheque por Incapacidad, o cheque por mantenimiento de niños***

Si Usted no puede proveer uno de los documentos solicitados en el párrafo anterior, la coordinadora trabajará con Usted, solicitando algún otro tipo de documentación. En caso de no tener ingresos se le puede solicitar la carta en que se le niega el Medicaid, carta del Departamento de Trabajo, carta del IRS en la que conste el no pago de impuesto del año en curso.

Prueba del Tamaño de la Familia

- ***Nombres, edades y fecha de nacimiento de todos los integrantes de la casa donde reside***

Es responsabilidad de los pacientes en el Programa de Reducción de Tarifas, estar dentro de los límites, caso contrario, podría afectar la continuidad en la participación en dicho programa.



Preguntas Frecuentes

Que tan frecuente tengo que renovar mi solicitud para el programa de reduccion de tarifa??

Dependiendo de la documentacion presentada, el programa de reduccion de tarifas revisara su solicitud entre los 3 y 12 meses. La fecha de la proxima revision, constara en la tarjeta de beneficios extendida por Oconee Valley Healthcare. Para obtener los servicios de descuento, la solicitud y documentacion entregada deberan tener fecha actualizada. Debera notificar al Oconee Valley Healthcare dentro de los siguientes 10 dias, cualquier cambio de direccion, ingresos o tamaño de la familia, caso contrario perdera inmediatamente los beneficios de la tarjeta de descuento, y debera empezar nuevamente con el tramite. Cuando llegue el momento de renovar su tarjeta, debera hacerlo con 3 semanas de anticipacion a la expiracion de la tarjeta, siendo responsabilidad exclusivamente de usted hacer la cita respectiva.

Desde cuando soy apto para recibir los beneficios del Oconee Valley Healthcare??

La fecha de inicio de los beneficios de descuento, se encuentra en la tarjeta emitida por el Oconee Valley Healthcare. El descuento en los servicios seran aplicables dentro de la fecha de inicio y expiracion, siendo responsabilidad del paciente el pago completo de las tarifas por servicio en caso de que la solicitud no este completa, falte informacion, que dicha informacion no este actualizada. La tarjeta de beneficios de descuento del Oconee Valley Healthcare, debera ser presentada en cada visita a la clinica y es personal e intransferible a cualquier otra persona que no sea parte de la familia que aplico.

Como podre saber a que tipo de descuento califique?

Una vez que ha sido aprobado, Usted conocerá el tipo de descuento con el que lo calificaron, nosotros esperamos que nuestros pacientes participen con el costo de los servicios, no proveemos servicios gratis, por lo que el pago debera realizarse en cada visita al Oconee Valley Healthcare. Sin embargo, el Oconee Valley Healthcare podrá financiar sin intereses, y realizar acuerdos de pago, acorde a los ingresos del paciente, en caso de que este ultimo no respete dicho acuerdo, las cuentas seran trasladadas a una agencia de cobro.

Puede ser cancelada mi inscripcion en el programa?

Si, su participacion en el programa de reduccion de tarifas, puede ser cancelada si no reside dentro de las areas establecidas, si su nivel de ingresos aumenta, si ha cambiado el tamaño de la familia, si no esta contento con los servicios medicos/dentales, si no ofrece un buen trato al personal del TenderCare, si falta mas de 3 veces a las citas programadas, sin la debida cancelacion, la misma que debera hacerlo con 48 horas de anticipacion, si falsifica document o miente en la informacion entregada, si no cancela los pagos de los servicios ofrecidos. Cualquier otro motivo de cancelacion del contrato, sera tratado caso por caso, de acuerdo a las politicas de Oconee Valley Healthcare.