



Bear Lake Community Health Centers Programa de Tarifas Reducidas

La misión de Bear Lake Community Health Centers es de proveer acceso a primaria y urgentes servicios médicos de buena calidad para los residentes y visitantes de Bear Lake, Evanston y Cache Valley y también a las comunidades circundantes sobre la base de su habilidad para pagar. El centro tomará un método holístico para mantener una comunidad saludable por medio de educación, prevención, y un sistema eficaz sirviendo toda la comunidad.

Gracias por elegir Bear Lake Community Health Centers para servir sus necesidades médicas y la de su familia. Ofrecemos servicios médicos, dentales y también para la salud mental. Estamos calificados federalmente, y por eso, nos permite ofrecer a todos nuestros pacientes el programa de tarifas reducidas. El programa es una ayuda financiera para familias dependiendo del número de personas en el hogar y los ingresos anuales. Además, la farmacia ofrece precios reducidos para los pacientes de los centros de salud de Bear Lake, Evanston & Cache Valley.

Por favor, llene la aplicación e incluya la información de todas las personas en su casa. Por favor, entregue la aplicación con las pruebas de ingresos 24 horas antes de su primera consulta. Las pruebas de ingresos incluyen:

- Talones de cheques por el último mes o una declaración escrita de su empleador

(Y)

- Documentos de los impuestos del año pasado

Si no puede proveernos ninguno de estos documentos, entonces puede proveernos con sus estados de cuentas bancarias que muestran los depósitos de los ingresos de los últimos dos meses en su lugar. Si usted no puede traer dos de los documentos requeridos, va a tener que llenar la carta de prueba de ingreso en la última página de la aplicación. Será necesario presentar una carta de la persona que lo/la mantiene. Tiene que presentar un documento mostrando la dirección de su domicilio actual.

Cuando hemos recibido su aplicación, usted tendrá que venir a la oficina para una entrevista con su aplicación y hablaremos sobre su calificación de descuento.

Si su aplicación es aprobada y califica, le daremos el descuento a los cobros. El descuento es válida por mínimo de 3 meses hasta un año. Al vencer, será su responsabilidad de reaplicar y proveer toda la documentación a fin de reevaluar su nivel de necesidad financiera. Si hay cambios en sus ingresos, estado familiar, o domicilio durante el periodo de tiempo aprobado, es su responsabilidad de notificar el Bear Lake Community Health Centers. Si tiene preguntas o dudas sobre esta aplicación, por favor llame al **(435)755-6061** y pregunte por un representante de cuentas. Puede mandar la aplicación completa por correo a:

**BEAR LAKE, EVANSTON & CACHE VALLEY COMMUNITY HEALTH CENTERS
1515 North 400 East, Suite 104, LOGAN, UT 84341
o mandar por fax al: (435)755-6091**

Received Date: _____
 Received By: _____
 Approved Slide Level: _____
 Approved By: _____
 Approved Dates: _____
 Letter Sent: _____
 Account #: _____

BEAR LAKE COMMUNITY HEALTH CENTERS

Programa de Tarifas Reducidas

Por favor apunte y demuestre comprobante de los ingresos brutos para **todos** quien tienen ingresos en su familia por el mes pasado y incluye sus impuestos del año pasado, un mes de talones de cheques, un declaración escrita de su empleador, o estado de cuentas de su banco que muestran depósitos de ingresos por los últimos dos meses. **Si no puede entregar dos de los papeles necesarios, favor de llenar la Carta de la Prueba de Ingresos en la siguiente página.** Su información se quedará confidencial.

1. Información General

Nuevo Solicitante
 Cambio de Ingreso
 Renovación

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número Celular: _____

2. Información de Su Familia

Apunte todo los dependientes viviendo en la casa, empezando consigo.

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo (M/F)	Estado Matrimonial	Empleador
	USTED				

3. Ingresos

Apunte todos los ingresos de cada una persona. Los ingresos incluyen la pensión alimenticia, mantenimiento de hijos, desempleo, seguro social, pensión etc.

Ganancias Brutas (ej: \$900/ms o \$8/hr)	Beneficios de Desempleo	Bienestar	Pensión Alimenticia	Seguro Social	Otros Ingresos (Dividendos, propiedad rental etc.)
\$ /					
\$ /					
\$ /					
\$ /					

Total de Ingresos: \$ _____

4. Otra Información

- ¿Tiene seguro médico, Medicare o Medicaid? Si No
Si tiene, ponga el nombre del seguro y el número de la póliza.
Nombre: _____ ID#: _____
Deducible: \$ _____
- ¿Tiene seguro dental? Sí No
Si tiene, ponga el nombre del seguro y el número de la póliza.
Nombre de la póliza: _____ ID#: _____
- ¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud (HSA en inglés)? Sí No
Si tiene, por favor, conteste las siguientes preguntas:
3A. ¿Cuál es la balanza de su cuenta de ahorros para la salud? (Por favor, note el mejor estimado) \$ _____
3B. ¿Cuál es la balanza de su depósito mensual actual? \$ _____
- ¿Cuánto tiene actualmente en su cuenta bancaria? (Por favor, note el mejor estimado)
Cuenta de cheques: \$ _____
Cuenta de ahorros: \$ _____
Otros: \$ _____
- ¿Alguna vez ha aplicado para Medicaid de Utah/Idaho/Wyoming? Sí No
- ¿Está interesado/a en aplicar para asistencia de Medicaid? Sí No
Si quisiera, por favor, conteste la siguiente pregunta:
6A. ¿Es Ciudadano/a de Los Estados Unidos?
 Ciudadano/a Residente Legal Residente Ilegal

Por favor, use este espacio abajo para explicar en detalle cualquier circunstancia que no le permite proveer las pruebas requeridas sobre el empleo, comprobante de cualquiera y todos los ingresos, o para explicar las circunstancias especiales con respecto a su situación financiera actual, incluyendo mas no limitado a:

- Si tiene su propio negocio y no tiene talones de cheques
- No hizo sus impuestos el año pasado
- Ahora está desempleado
- Está recibiendo apoyo financiero de alguien más
- No tiene una cuenta bancaria

Auto-Juramentación (Declaración Personal)
Usted afirma que lo que está escrito aquí es correcto, verdadero y genuino.

Si no puede proveer alguna prueba de ingresos debido al desempleo, indique abajo cómo usted mantiene a su familia en las siguientes áreas. Usted también tendrá que presentar una prueba de carta de apoyo realizado por quien provee la mayor parte del apoyo.

Arriendo/Renta	
Comida	
Utilidades	

1. Entiendo que:

- Soy responsable financieramente por todos mis pagos, sean laboratorios, médicos, dentales, y para la salud mental o recomendaciones para estudios afuera de Bear Lake Community Health Centers
- Yo afirmo que la información que proveo es correcto sobre mis ingresos y domicilio al tiempo del entrega de la aplicación. Entiendo que si intento a obtener u obtengo, por medio de fraude, servicios a que no estoy califico, me pueden enjuiciar bajo las leyes federales y del estado. Acepto a reportar cualquier cambio de ingresos, de cantidad de mi familia, o de domicilio a Bear Lake Community Health Centers.
- Si es necesario, la información en esta aplicación puede ser usada para determinar mi elegibilidad para Medicaid.
- Entiendo que el programa está sujeto a cambios sin aviso previo.

Firma: _____

Fecha: _____