Santa Rosa COMMUNITY HEALTH

Reciba Ayuda para Pagar los Costos
Solicitud de SRCHC para
Planes de Pago de Acuerdo a sus Ingresos

Complete esta forma para ver si usted llena los requisitos para recibir un descuento por los servicios que obtiene en SRCH.

Su nombre y apellidos «FirstName» «LastName»	Fecha de Nacimiento
Dirección	
Ciudad, Estado y Código Postal	
Mejor número de teléfono para contactarle:	Número de Seguro Social (si tiene uno):
¿Qué tipo de seguro médico tiene? ☐ No tiene	¿Cuál fue su ingreso el mes pasado, antes de descontar los impuestos? ☐ Marque aquí si no tuvo ingresos
Estado Civil: ☐ Soltera(o) ☐ Casada(o) ☐ Vive con su pareja, pero no está casada(o)	

Díganos acerca de TODAS las personas que viven con usted.
(Use la parte de atrás si necesita más espacio.)

Nombre		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Fecha de Nacimiento	Parentesco con usted	¿Qué tipo de seguro médico tiene? ☐ Ninguno
¿Cuál fue el ingreso de esta persona el mes pasado, antes de descontar los impuestos? ☐ Marque aquí si no tuvo ingresos		

Nombre		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Fecha de Nacimiento	Parentesco con usted	¿Qué tipo de seguro médico tiene? ☐ Ninguno
¿Cuál fue el ingreso de esta persona el mes pasado, antes de descontar los impuestos? ☐ Marque aquí si no tuvo ingresos		

Nombre		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Fecha de Nacimiento	Parentesco con usted	¿Qué tipo de seguro médico tiene? ☐ Ninguno
¿Cuál fue el ingreso de esta persona el mes pasado, antes de descontar los impuestos? ☐ Marque aquí si no tuvo ingresos		

Nombre		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Fecha de Nacimiento	Parentesco con usted	¿Qué tipo de seguro médico tiene? ☐ Ninguno
¿Cuál fue el ingreso de esta persona el mes pasado, antes de descontar los impuestos? ☐ Marque aquí si no tuvo ingresos		

Nombre		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Fecha de Nacimiento	Parentesco con usted	¿Qué tipo de seguro médico tiene? ☐ Ninguno
¿Cuál fue el ingreso de esta persona el mes pasado, antes de descontar los impuestos? ☐ Marque aquí si no tuvo ingresos		

Yo certifico que la información que he dado en esta forma es verdadera y correcta. Entiendo las reglas del Programa de Pago de Acuerdo a Sus Ingresos, y sé que si no traigo mis comprobantes de ingresos, **me van a cobrar el precio total**.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

Staff Name:_____

Income verified? ☐ No ☐ Yes, date: _____

Household size:_____ Gross Monthly Income:_____

SFS Complete: ☐ No. We need: _____

☐ Yes. SFS Level: _____ S/S End Date:_____

Santa Rosa Community Health Centers
Reglas del Programa de Pago de Acuerdo a Sus Ingresos

¿Qué es el programa de Pago de Acuerdo a sus Ingresos?

Si usted tiene un ingreso limitado, puede ser que llene los requisitos para pagar un precio reducido por algunos servicios y tratamientos en Santa Rosa Community Health Centers.

La cantidad exacta que usted paga depende de sus ingresos y el tamaño de su familia. Esto es lo que significa "Pago de Acuerdo a sus Ingresos." Una vez que usted haya sido seleccionado para participar en el programa, usted puede usarlo por 12 meses. Si su ingreso o el tamaño de su familia cambian durante esos 12 meses, deberá informarnos sobre este cambio.

Ejemplos de los costos

- Visitas Regulares: $25 - $55
- Servicios de Salud Mental: $10 - $20
- Servicios Dentales: $20 - 60% de descuento
- Exámenes de laboratorio: $0 - $10

Servicios que no cubre el Programa de Pago de Acuerdo a sus Ingresos

Los siguientes servicios **no se incluyen** en el Programa de Pago de Acuerdo a sus Ingresos, pero puede que otros programas si los paguen:

- **Algunos exámenes de laboratorio y pruebas**
- Vasectomía
- Ligadura de las trompas
- Servicios que usted recibe de hospitales o doctores afuera de la clínica

¿Cómo se llenan los requisitos para participar?

Para llenar los requisitos del programa, debe traer comprobantes de los ingresos de su familia. Puede traer cualquiera de estos comprobantes:

- Talones de cheque
- Formularios de sus impuestos
- Una carta de su empleador
- Documentos que muestren sus ingresos por desempleo, SSI, pensión alimenticia, manutención de los hijos, o de otras fuentes

¿Qué pasa si no sé cuánto son mis ingresos?

Si no sabe el ingreso exacto de su familia, usted puede estimar una cantidad. Usted debe traer una prueba de ingresos al centro de salud. Si usted no trae la prueba de ingresos, le cobrarán el precio total.

¡Reciba más ayuda con los costos médicos!

Puede ser que usted y su familia llenen los requisitos para recibir Medi-cal, CMSP, California Kids, u otros programas.

¡Aplicar para estos programas es gratis y nosotros podemos ayudarle!
Nosotros podemos ayudarle hoy, o puede pedirnos ayuda en su próxima visita.

¿Tiene Preguntas?

Contacte a su centro de salud

- Santa Rosa Community Dental Center: 707-303-3395
- Vista Family Health Center: 707-303-8911
- Southwest Community Health Center: 707-547-2222
- Roseland Pediatrics: 707-578-2005
- Brookwood Health Center: 707-583-8700
- Elsie Allen Health Center: 707-583-8777
- Santa Rosa Junior College Clinic: 707-527-4445

Updated: August 13, 2017