

Community Health & Wellness Center

Asistencia Financiera

Bienvenido a los servicios de atención integral de salud de Community Health & Wellness Center. Le agradecemos que haya elegido nuestro centro para su cuidado de salud y esperamos con interés trabajar con usted para alcanzar sus metas de salud.

Es el objetivo de CHWC disminuir tanto como sea posible, las barreras financieras para recibir los servicios de su salud. La ayuda financiera está disponible. Una lista de descuentos está disponible basado en las reglas/guías federales de la pobreza.

Si usted no es elegible para seguro médico Medicaid tendrá que llenar una solicitud de asistencia financiera para ver si califica para una tasa de descuento en su factura.

Para determinar si el paciente califica para recibir los servicios con descuento, es necesario que proporcione verificación de ingresos de todas las personas en el hogar.

A continuación se muestra una lista de documentos que nuestros asesores financieros utilizan para determinar si califica para recibir ayuda.

Por favor incluya la documentación necesaria que verifica el Ingreso Bruto Mensual de todos los miembros de su hogar, tales como:

- Talonarios de pago recientes (últimos 4 si le pagan semanalmente, últimos dos si le pagan cada 2 semanas)
- Estado de cuenta bancaria
- Declaración de Impuestos más reciente, W-2 o forma 1099
- Carta que indique que usted tiene discapacidad o beneficios de retiro por medio del seguro social
- Carta de Empleo que indica cuánto gana usted semanalmente. (Sólo para los emigrantes indocumentados)
- Otros ingresos: la pensión / manutención de hijos / desempleo / rentas de propiedades, etc.

Se le puede pedir documentación adicional si se considera necesario

******Una renovación anual es necesaria a menos que tenga un cambio en sus ingresos antes de la renovación******

IMPORTANTE:

Se espera que usted pague por lo menos \$25.00 dólares en cada cita. Esta cantidad será aplicada a su cuenta hasta que se determine si reúne los requisitos para recibir la ayuda financiera. Una vez que la tasa de descuento se haya establecido, tendrá que pagar la cantidad reducida el mismo día de los servicios, a menos que se haya hecho un arreglo por adelantado con nuestra asesora financiera.

Si usted no provee información sobre sus ingresos dentro de los 30 días después de su primera visita, se supondrá que la asistencia financiera no es necesaria y recibirá una factura por la cantidad de la tarifa completa.

Tenga en cuenta:

****** La asistencia financiera se aplica a los servicios médicos, dentales y de salud mental prestados por *Community Health*. Usted recibirá facturas por separado para los servicios prestados fuera de este sitio o de otras instalaciones. Por ejemplo: laboratorios, rayos X, atención especializada, etc.**

NO CUBIERTO POR LA AYUDA FINANCIERA:

****** Tarifas dentales de laboratorio no están cubiertas por la asistencia financiera. Todos los gastos de laboratorio dental se deben antes de que estos servicios sean prestados.**

**Community Health & Wellness Center
Confidential Patient Financial Statement**

Núm. de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:			
Dirección:			
Ciudad:	Estado: CT	Código Postal:	
INGRESO BRUTO MENSUAL SUYO: \$			

Proporcione el mejor número de teléfono que debemos utilizar para llamarle:

Casa:	Celular:
-------	----------

Estado Civil: <u> </u> soltero/a <u> </u> casado/a <u> </u> divorciado/a <u> </u> viudo/a	Número de personas en su hogar:
---	---------------------------------

Favor de nombrar a todos los miembros de su familia y/o personas con ingresos que viven en su casa:

Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:	Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL:	INGRESO BRUTO MENSUAL: \$

Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:	Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL: \$	INGRESO BRUTO MENSUAL: \$

(Por favor, use la página adicional si necesita más espacio)

Entiendo que si es falsa la información financiera que he proporcionado, la asistencia financiera será inmediatamente revocada y tendré que asumir plena responsabilidad por los servicios prestados en "Community Health" de Torrington.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA Y QUE HE INCLUIDO EN LA PARTE SUPERIOR TODOS LOS INGRESOS DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN MI HOGAR.

Firma del paciente:	Fecha:
---------------------	--------

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL: \$

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL: \$

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL: \$

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL: \$

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL: \$

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Relación al paciente:
INGRESO BRUTO MENSUAL: \$