



Acuse de recibo del programa de tarifas reducidas y descuentos variables

Por ser un centro de salud que recibe subvenciones provenientes del Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Cuidados Primarios para la Salud, el Riverside University Health System – Community Health Center (RUHS-CHC, por sus siglas en inglés) ofrece un programa de tarifas reducidas y descuentos variables para todo paciente que califique para el mismo, conforme a su ingreso y el número de integrantes de su familia.

Puede obtener un formulario para solicitar el programa de tarifas reducidas y descuentos variables (SFDS, por sus siglas en inglés) en el mostrador de recepción, así como en nuestra página web del RUHS-CHC. A todo paciente le recomendamos presentar una solicitud para el programa, aún si tiene seguro médico. Una vez que complete y firme el formulario, debe presentar el mismo junto a los comprobantes del ingreso total familiar. El ingreso familiar incluye las entradas monetarias de toda persona perteneciente a la familia por consanguinidad, matrimonio o adopción quien reside en el mismo domicilio y comparte sus ingresos o contribuye al pago de los gastos del hogar, ya sea en su totalidad o en parte, para el beneficio mutuo de la familia.

Se aceptan los documentos a continuación como comprobantes de ingreso:

- Formulario W-2
- Talonarios de cheques salariales recientes
- Cheques del seguro social
- Manutención de hijos menores o pensión alimenticia conyugal
- Ingresos de pensión o jubilación
- Becas o asistencia monetaria para los estudios
- Pagos a veteranos del servicio militar

Una vez que recibamos la solicitud completa y los comprobantes de ingresos, notificaremos por escrito al paciente de nuestra decisión. En caso de ser aceptado al programa, también se le informará al paciente de la agrupación del descuento que le corresponde. Si la solicitud es denegada, el paciente recibirá notificación de los motivos determinantes de la negación. Los pacientes beneficiados por el programa deben abonar por los servicios médicos al momento de recibirlos, a menos que exista un acuerdo previo con el Departamento de Facturación.

A continuación, escriba sus iniciales en el renglón correspondiente a cada documento que recibió del programa SFDS.

(Iniciales)

_____ Solicitud para el programa de tarifas reducidas y descuentos variables del RUHS-CHC.

_____ Tabla de las tarifas reducidas y descuentos variables del RUHS-CHC

_____ Folleto de las tarifas reducidas y descuentos variables del RUHS-CHC

Nombre del paciente (en letra de monde)

Firma (Paciente/padre o madre/tutor)

Fecha