

RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM – COMMUNITY HEALTH CENTER

Recibo del programa de tarifas reducidas y descuentos variables

Por ser un centro de salud que recibe subvenciones 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) 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) en la recepción y en nuestra página web. A todo paciente le recomendamos presentar una solicitud para el programa, aún si tiene seguro médico.

Se aceptan los documentos a continuación como comprobantes de ingreso:

- Formulario W-2, talonarios de sueldo recientes, estado de cuenta bancaria indicando depósitos directos
- Carta de adjudicación de desempleo, seguridad social, discapacidad, indemnización por accidentes de trabajo
- Carta de adjudicación de manutención y / o pensión alimenticia
- Información de ingresos de pensión o jubilación
- Carta del empleador que establece el ingreso
- Formulario de auto declaración firmado

Una vez que se reciba una solicitud completa con comprobante de ingresos, se proporcionará una determinación al paciente por escrito, incluida la categoría de descuento elegible o, si corresponde, el motivo de la denegación. Los pacientes calificados deben pagar al momento del servicio a menos que se realicen otros arreglos con el Departamento de Facturación.

Por favor inicie junto a cada elemento que recibió una explicación verbal o documentos relacionados con el Programa SFDS.

_____ 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

Su categoría asignada por RUHS-CHC es: _____, y sus montos de pago fijos son los siguientes:

Atención Medica \$_____, Prevención dental: \$_____, Restaurador dental: \$_____, Farmacia: \$_____

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma (Paciente/padre o madre/tutor)

Fecha