

El Dorado Community Health Centers

Placerville Location

4327 Golden Center Drive
Placerville, CA 95667

Diamond Springs Location

4641 Missouri Flat Road
Placerville, CA 95667

Cameron Park Location

3104 Ponte Morino Dr, Ste. 110
Cameron Park, CA 95682

Cameron Park 2 Medical/Dental

3100 Ponte Morino Dr, Ste. 120
Cameron Park, CA 95682

PROGRAMA DE DESCUENTO DE BAJOS INGRESOS

Historial del Programa de Descuento de Bajos Ingresos

El Programa de Descuento es un programa Federal que permite a los Centros de Salud de la Comunidad de El Dorado descontar los cargos regulares de las visitas médicas, de salud mental y servicios dentales. Según la ley, para poder calificar se requieren de dos elementos de información: la cantidad de dinero ganado en el hogar y el número de personas que viven en el hogar. Con el fin de ser elegible para el Programa de Descuento de Bajos Ingresos, usted debe proporcionar la prueba certera y aceptable de ingresos, así también nombrar en la aplicación todas las personas que forman parte del hogar. **Usted tiene 10 días hábiles a partir de la cita médica sin cobertura para entregar esta solicitud y recibir el descuento, de lo contrario usted será 100 % responsable de todos los cargos.** Usted debe reportar cualquier cambio en los ingresos de la familia o la cantidad de los miembros del hogar cuando se produzcan esos cambios. **La falsificación de esta información resultará en la pérdida de privilegios del Programa de Descuento de Bajos Ingresos.**

Elegibilidad

Todos los pacientes son elegibles para aplicar para el Programa de Descuento por Bajos Ingresos. La determinación del descuento depende de los ingresos del hogar y tamaño del hogar en comparación con las guías Federales del Nivel de Pobreza (FPL).

Plazo

La información debe ser actualizada cada 12 meses o con cualquier cambio de los ingresos familiares o el tamaño del hogar.

Definiciones y Ejemplos de Aceptables Pruebas de Ingreso Requeridas:

Determinación de Ingresos

1. El Ingreso se basa en los ingresos brutos de todos los miembros de la familia que obtienen ingresos.

Ingresos utilizados para calcular el nivel de pobreza:

a. Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación por lesión causada en el trabajo, cheque del Seguro Social, Ingresos del Seguro Suplementario, asistencia pública, pagos por ser veterano, beneficios de sobreviviente, pensión o jubilación, intereses ganados, dividendos, rentas, regalías, rentas de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia de fuera del hogar, y otras fuentes diversas.

2. Las formas aceptables de pruebas para la determinación de los ingresos incluyen los siguientes (ELIJA UNO)

- Declaración de Impuestos: Una copia firmada de la más reciente declaración de impuestos que muestre el ingreso bruto ganado.
- Talones de Cheque: dos o más talones de pago, indicando el salario bruto de los últimos treinta (30) días.
- Carta de una Agencia: Una carta de la Administración del Seguro Social, o de la Administración de Veteranos o Agencia de Servicio Social (Asistencia Pública) que indique los ingresos recibidos.
- Verificación de desempleo: Papeleo de la Comisión de Seguridad del Empleo (ESC) que demuestre el estado de desempleo y la cantidad de compensación por desempleo que se recibe.
- Documentos de la Corte: Documentos oficiales citando la pensión alimenticia otorgada por un juez.
- Trámites Oficiales: Papeleo documentando jubilación, incapacidad, beneficios de SSI.
- Carta del empleador: Para aquellos que no reciben un cheque de pago real, se puede aceptar una carta del empleador del paciente detallando el ingreso bruto actual y la frecuencia de los períodos de pago. La información del empleador debe ser proporcionada para que la información pueda ser verificada.
- Estados de Cuenta Bancaria: Tres (3) meses más recientes de la Cuenta Bancaria.
- Si usted está desempleado, y / o no tiene una fuente de ingresos, por favor complete la Declaración de Hechos y explique su situación actual.

Determinación del Tamaño de la Familia

1. La siguiente documentación se puede utilizar para determinar su tamaño del hogar y recursos financieros:

- Una copia de la más reciente declaración de impuestos que muestre el tamaño del hogar.
- Los documentos judiciales o gubernamentales que indican el número de miembros en el hogar.
- La página Declaración de Hechos.

Nota: El Programa de Descuento de Bajos Ingresos NO ES UN PRODUCTO DE SEGURO MEDICO. Este es un descuento en los servicios de pago en efectivo provistos solo dentro de nuestros centros.

Programa de Descuento De Bajos Ingresos - Declaración de Elegibilidad

Información del Paciente		Aplicando para servicios de descuento: Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ambos Médico y Dental <input type="checkbox"/>			
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	Apellido:		Otros Nombres:
Dirección de su Casa:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de Correo:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de la Casa: () -			Numero de Teléfono Celular: () -		
Fecha de nacimiento: / /		Seguro Social # - -	Tiene seguro medico? (Elija Uno) Si o NO		
Nombre de la Aseguranza:					
Estado Civil:	Soltero(a)	En una Relación	Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)
Viudo(a)					

Tamaño del Hogar (personas que usted mantiene financieramente) *si necesita incluir más miembros hágalo en la parte de atrás de esta hoja.* Nombre:	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Tiene esta persona Seguro Médico? (Circule uno)	Nombre de la Aseguransa:
1. Cónyuge/Pareja:	/ /	- -	Si No	
2. Dependiente:	/ /	- -	Si No	
3. Dependiente:	/ /	- -	Si No	
4. Dependiente:	/ /	- -	Si No	

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de dar un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario que preguntemos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en el archivo y en estricta confidencialidad. Usted debe verificar su ingreso por lo menos cada 12 meses.

Su declaración anual de impuesto sobre la renta, una copia de su formulario W-2, talones de cheque de pago del mes pasado, las copias de sus cheques de seguro social, u otros cheques que usted recibe serán pruebas suficientes. Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia se utilizarán para calcular el descuento.

Ingresos del Hogar						
Nombre	Cantidad	Frecuencia (Elija Uno)				Empleador:
1.Solicitante	\$	Semanal	2 Semanas	Mensual	Anual	
2. Cónyuge/Pareja	\$	Semanal	2 Semanas	Mensual	Anual	
3.Niños	\$	Semanal	2 Semanas	Mensual	Anual	
4.Otra Persona	\$	Semanal	2 Semanas	Mensual	Anual	
5.Otra Persona	\$	Semanal	2 Semanas	Mensual	Anual	
TOTAL	\$	Semanal	2 Semanas	Mensual	Anual	
Otros Ingresos	Solicitante	Cónyuge/Pareja	Niños		Otra persona	Suma
Seguro Social						
Asistencia Publica						
Jubilación/Retiro						
Estampillas de Comida						
Mantenimiento de Hijo (a)						
Intereses de Ingresos						
Otro						
					TOTAL	\$

Entiendo que la información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de EDCHC. Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que entiendo y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones de El Programa de Descuento de Bajos Ingresos.

Nombre (imprima): _____
Nombre del Solicitante
Nombre del Cónyuge/Pareja

Firma: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

El Dorado Community Health Centers
(530) 621-7700 (530) 621-7713 FAX

Elegibilidad para El Programa de Bajos Ingresos.

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Número de Identificación del Paciente: _____

Declaración de Hechos

Yo, _____, _____; presento la siguiente información como mi declaración jurada
(Nombre) (Apellido)
de los hechos. Presento esta declaración porque no puedo proporcionar la verificación de ingresos requerida
en este momento.

Declaro (bajo pena de perjurio) lo siguiente (por favor, explique su situación actual):

El tamaño del Hogar Incluye:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con usted
Solicitante: _____	_____	_____
Cónyuge/Pareja: _____	_____	_____
Dependiente: _____	_____	_____
Dependiente: _____	_____	_____
Dependiente: _____	_____	_____
Dependiente: _____	_____	_____
Dependiente: _____	_____	_____
Dependiente: _____	_____	_____

Cualquier persona que firma esta declaración y que voluntariamente declara como cierta cualquier información que sabe que es falsa estará sujeta a las sanciones previstas por perjurio (*véase el Código Penal del Estado de California 11054 del Código W&I*).

Declaro bajo pena de perjurio que la declaración hecha en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Soy consciente de que es ilegal proveer información falsa.

Firma del Solicitante Fecha Firma del Cónyuge/Pareja Fecha