

## Programa de tarifas móviles

El Programa de tarifas móviles permite a los pacientes de Tri-Area Community Health que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente recibir servicios sanitarios a un costo más bajo. Entendemos que no siempre es posible que los pacientes estén cubiertos por un seguro médico, o que su seguro puede tener deducibles elevados. TACH ofrece un Programa de tarifas móviles para ayudar a los pacientes que no pueden optar a prestaciones públicas y/o que no pueden permitirse el costo total de la atención sanitaria. Una subvención anual del Department of Health & Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), Oficina de Atención Primaria de Salud, proporciona los recursos que nos permiten ayudar a los pacientes que de otro modo no podrían pagar su atención médica/medicamentos. El Programa de tarifas móviles se ofrece en los tres lugares y el personal de cada uno de ellos tramita las solicitudes.

*\*El Programa móvil solo se aplica a los servicios prestados en las instalaciones de Tri-Area Community Health. Los descuentos en medicamentos solo se aplican a las recetas prescritas por los proveedores de TACH. Los descuentos móviles no pueden utilizarse en otros médicos, farmacias u hospitales.*

### ¿Qué servicios se ofrecen?

- Médico
- Radiografías
- Dental
- Laboratorio
- Farmacéutico
- Salud conductual

### ¿Qué hay que hacer para solicitarlo?

- Complete este paquete de solicitud
- Proporcione una prueba de los ingresos “del hogar” o de la asistencia financiera
- *El hogar se define como el solicitante + cónyuge/pareja + sus dependientes a efectos fiscales legales.*

### ¿Cumplo los requisitos?

La elegibilidad para el Programa de tarifas móviles se basa en el tamaño de la familia y los ingresos BRUTOS (antes de impuestos).

#### Ingreso mensual BRUTO del hogar

### ¿Con qué frecuencia debo presentar una solicitud?

Los pacientes tendrán que solicitar el Programa de tarifas móviles al menos una vez al año. Los descuentos suelen durar (3)-(6)-(12) meses, dependiendo de la situación financiera de cada paciente. Los pacientes que renueven su derecho a las tarifas móviles deberán cumplimentar un nuevo paquete de solicitud de tarifas móviles y presentar un justificante de ingresos actualizado antes de que caduque su descuento. Si el descuento caduca, el paciente tendrá que pagar los gastos completos hasta que se tramite y apruebe un nuevo paquete de solicitud.

## Programa de descuentos de tarifas móviles de Tri-Area Community Health

En vigencia a partir del 3 de marzo de 2025

Tamaño de la familia	NIVEL A		NIVEL B		NIVEL C		NIVEL D	
	0 - 100 % NFP		101 % - 125 % NFP		126 % - 150 % NFP		151 % - 200 % NFP	
1	\$0	\$15,650	\$15,651	\$19,563	\$19,564	\$23,475	\$23,476	\$31,300
2	\$0	\$21,150	\$21,151	\$26,438	\$26,439	\$31,725	\$31,726	\$42,300
3	\$0	\$26,650	\$26,651	\$33,313	\$33,314	\$39,975	\$39,976	\$53,300
4	\$0	\$32,150	\$32,151	\$40,188	\$40,189	\$48,225	\$48,226	\$64,300
5	\$0	\$37,650	\$37,651	\$47,063	\$47,064	\$56,475	\$56,476	\$75,300
6	\$0	\$43,150	\$43,151	\$53,938	\$53,939	\$64,725	\$64,726	\$86,300
7	\$0	\$48,650	\$48,651	\$60,813	\$60,814	\$72,975	\$72,976	\$97,300
8	\$0	\$54,150	\$54,151	\$67,688	\$67,689	\$81,225	\$81,226	\$108,300

Para familias con más de 8 personas, agregue \$5,500 por cada persona adicional.

En base a las Pautas Federales de Pobreza (NFP) de 2025

NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C	NIVEL D
<b>Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$20</b> (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	<b>Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$30</b> (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	<b>Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$40</b> (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	<b>Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$50</b> (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)
\$10 de administración de inyección/vacunación	\$12 de administración de inyección/vacunación	\$14 de administración de inyección/vacunación	\$15 de administración de inyección/vacunación
<b>Inyectables y suministros médicos*</b> *Consulte la lista de tarifas separada	<b>Inyectables y suministros médicos*</b> *Consulte la lista de tarifas separada	<b>Inyectables y suministros médicos*</b> *Consulte la lista de tarifas separada	<b>Inyectables y suministros médicos*</b> *Consulte la lista de tarifas separada
<b>Visitas a consultorio de salud conductual \$10</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visitas a consultorio de salud conductual \$12</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visitas a consultorio de salud conductual \$14</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visitas a consultorio de salud conductual \$15</b> (no se aplica descuento en efectivo)
<b>Farmacia - Tarifa costo nominal.</b>	<b>Descuento de 50 % en la farmacia</b>	<b>Descuento de 45 % en la farmacia</b>	<b>Descuento de 40 % en la farmacia</b>
<b>Visitas a consultorio dietista \$10</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visitas a consultorio dietista \$12</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visitas a consultorio dietista \$12</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visitas a consultorio dietista \$12</b> (no se aplica descuento en efectivo)
<b>Visita inicial para pérdida de peso en nuestra clínica en Cana \$50</b> (se aplica descuento por pronto pago)	<b>Visita inicial para pérdida de peso en nuestra clínica en Cana \$55</b> (se aplica descuento por pronto pago)	<b>Visita inicial para pérdida de peso en nuestra clínica en Cana \$65 (se aplica descuento por pronto pago)</b>	<b>Visita inicial para pérdida de peso en nuestra oficina en Cana \$70</b> (se aplica descuento por pronto pago)
<b>Visita de seguimiento para pérdida de peso en nuestra clínica en Cana \$10</b> (se aplica descuento por pronto pago)	<b>Visita de seguimiento para pérdida de peso en nuestra clínica en Cana \$15</b> (se aplica descuento por pronto pago)	<b>Visita de seguimiento para pérdida de peso en nuestra clínica en Cana \$15</b> (se aplica descuento por pronto pago)	<b>Visita de seguimiento para pérdida de peso en nuestra clínica en Cana \$15</b> (se aplica descuento por pronto pago)
<b>Descuentos dentales</b>	<b>Descuentos dentales</b>	<b>Descuentos dentales</b>	<b>Descuentos dentales</b>
<b>Visita preventiva a consultorio de \$43</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visita preventiva a consultorio de \$48</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visita preventiva a consultorio de \$53</b> (no se aplica descuento en efectivo)	<b>Visita preventiva a consultorio de \$58</b> (no se aplica descuento en efectivo)
<b>Servicios de restauración y extracciones: tarifa costo nominal**</b>  Servicios dentales por dentista contratado - **Consulte la lista de tarifas separada	<b>Descuento del 54 % en servicios restaurativos y extracciones</b>  Servicios dentales por dentista contratado - **Consulte la lista de tarifas separada	<b>Descuento del 52 % en servicios restaurativos y extracciones</b>  Servicios dentales por dentista contratado - **Consulte la lista de tarifas separada	<b>Descuento del 50 % en servicios restaurativos y extracciones</b>  Servicios dentales por dentista contratado - **Consulte la lista de tarifas separada

# Solicitud para el Programa de tarifas móviles

## 1. Información del solicitante

**Ubicación de la oficina:**  Laurel Fork  Ferrum  Floyd  Grayson  Stuart  Fries **Esta es su:**  Primera solicitud  Solicitud de renovación

Nombre del responsable \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_

## 2. Miembros del hogar

*Hogar = cónyuge/pareja + personas dependientes a efectos fiscales*

Nombre (nombre y apellido)	Relación	Fecha de nacimiento	SSN	Seguro médico <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/>	Seguro de farmacia <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/>	Paciente en Tri-Area <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/>	Dependiente fiscal <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/>

## 3. Ingresos del hogar

*Hogar = cónyuge/pareja + personas dependientes a efectos fiscales*

Ingreso mensual/anual	USTED (el solicitante)	Cónyuge/compañero (a)/pareja	Niños (mayores de 18 años)	Otros (deben ser dependientes a efectos fiscales)
<b>NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR</b>				
Sueldos, salarios y propinas BRUTOS	\$	\$	\$	\$
Declaración del empleador o trabajador autónomo	\$	\$	\$	\$
Seguro Social y discapacidad	\$	\$	\$	\$
Autodeclaración de ingresos	\$	\$	\$	\$
Beneficios por accidentes laborales	\$	\$	\$	\$
Manutención y pensión alimenticia	\$	\$	\$	\$
Ahorros, ingresos derivados de intereses, pensiones	\$	\$	\$	\$
Alquileres, acciones, dividendos, otros	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$	\$	\$	\$

#### 4. Información sobre la elegibilidad

¿Recibe cupones de alimentos?  sí  no

¿Ha solicitado Medicaid?  sí  no

¿Recibe alguna ayuda pública?  sí  no

¿Ha solicitado la prestación por discapacidad?  sí  no

¿Presentó una declaración de impuestos el año pasado?  sí  no

¿Se considera una persona sin hogar?  sí  no

¿Tiene seguro médico? Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿A cuánto asciende su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Recibe pensión alimenticia o manutención para sus hijos?  sí  no

#### 5. Comprobante de ingresos requerido

*Adjunte todos los elementos enumerados a continuación a esta solicitud*

- IDENTIFICACIÓN CON FOTO:** Una copia de su licencia de conducir u otra identificación con foto.
- NÓMINAS:** las nóminas del último mes o de los meses anteriores de todas las personas que trabajan en el hogar o un impreso de "Declaración de ingresos del empleador" de su empleador con los ingresos brutos del mes anterior.
- AUTÓNOMO:** complete/firme/fecha un formulario de "Declaración de trabajador autónomo" Y asegúrese de incluir el Anexo C de su declaración de impuestos más reciente.
- BENEFICIOS/INVERSIONES/OTROS INGRESOS:** copias de todos los cheques de beneficios y/o extractos bancarios de todas las inversiones, Seguro Social, discapacidad, beneficios para veteranos, desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, TANF/AFDC, Permiso militar y declaración de ingresos, pensiones, pagos de intereses, etc.
- DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:** todas las páginas de su declaración de impuestos más reciente. Si no dispone de declaración, firme el formulario 4506T.
- CERO INGRESOS:** los solicitantes con CERO ingresos deben completar/firmar/fechar un formulario de "Cero ingresos/declaración de asistencia personal". Si vive de sus ahorros, necesitará una copia de su extracto bancario o de su cuenta de ahorros.
- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/VERIFICACIÓN DE INGRESOS:** si recibe asistencia pública o no tiene ingresos o tiene ingresos limitados, complete/firme/fecha el formulario "Divulgación de información/verificación de ingresos del DSS".

*Si la solicitud carece de alguno de los datos anteriores o no está firmada, será denegada.*

#### 6. Acuerdo del paciente

Certifico que todas las declaraciones aquí contenidas son verdaderas y correctas y están sujetas a investigación. Autorizo la divulgación de registros de empleo y otra información financiera a un agente de TACH para fines de determinación de tarifas móviles. Entiendo lo siguiente:

- Soy responsable del pago de todos mis copagos en el momento del servicio.
- Notificaré a TACH cualquier cambio que se produzca en mis ingresos, el número de miembros de mi hogar o la situación de mi seguro.
- Debo renovar mi solicitud para seguir recibiendo el descuento móvil (al menos una vez al año, o más si lo solicito).
- La mayoría de los servicios rutinarios están cubiertos por el descuento móvil. Algunos procedimientos, laboratorios, inyecciones y productos farmacéuticos se descuentan en un programa aparte.
- Entiendo que si no tengo seguro de farmacia, puedo optar a programas de asistencia farmacéutica. Si reúno los requisitos, mi firma autoriza a TACH a compartir información médica, de elegibilidad y financiera con RXPartnership y/u otras compañías farmacéuticas o sus designados según sea necesario para fines de elegibilidad o auditoría.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Programa de tarifas móviles

# Declaración de ingresos del empleador

**(Haga que su empleador complete este formulario)**

A quien corresponda:

Su empleado, (nombre del solicitante) \_\_\_\_\_, solicita nuestro Programa de tarifas móviles (para ayudar con los gastos médicos). Para poder tramitar su solicitud, debemos tener constancia de sus ingresos brutos del último mes o del mes anterior.

Por lo tanto, indíquenos cuánto gana por hora y aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana.

\$ \_\_\_\_\_ por hora x \_\_\_\_\_ horas por semana (aproximadamente)

**O**, si lo anterior no es práctico para su tipo de negocio, complete lo siguiente:

### GANANCIAS BRUTAS del último mes/mes anterior:

Mes: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Supervisor directo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Programa de tarifas móviles**

**CERO ingresos: Autodeclaración de ingresos**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que NO tengo ninguna fuente de ingresos.

Nombre del último empleador \_\_\_\_\_ Fecha del último empleo \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar/familia: \_\_\_\_\_ **HOGAR = Solicitante + cónyuge/pareja + dependientes a efectos fiscales**

Actualmente estoy:

- Desempleado, buscando empleo. No percibo prestaciones de desempleo.
- Busco una prestación por discapacidad. En caso afirmativo, ¿cuándo solicitó por última vez \_\_\_\_\_?  
¿Se la han denegado? \_\_\_\_\_
- Otras \_\_\_\_\_

Certifico que todas las declaraciones aquí contenidas son verdaderas/correctas y están sujetas a investigación. También autorizo la divulgación de registros de empleo y otra información financiera a un agente de Tri-Area Community Health para fines de determinación de tarifas móviles.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Si NO tiene ingresos (o éstos son limitados) y recibe ayuda de amigos/familiares, sus benefactores deberán completar, firmar y fechar el siguiente formulario.

**Declaración de asistencia personal**

Yo, \_\_\_\_\_, asisto a \_\_\_\_\_ (paciente)  
proporcionándole las necesidades básicas de la vida que se enumeran a continuación:

<b>Alimentos:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante: _____
<b>Vivienda:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Servicios públicos:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Dinero:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto \$ _____

Pueden ponerse en contacto conmigo para verificar esta información en:

Mi nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor, indique cualquier circunstancia especial en el reverso de este formulario**

## Programa de tarifas móviles

# Autorización para la divulgación de información/ verificación de ingresos de la asistencia pública del

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono residencial \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Condado/ciudad de residencia \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales) a divulgar la información de mi expediente que se indica a continuación a:

**TACH @ Laurel Fork & Stuart**  
 ATTN: Sliding Fee Program  
 PO Box 9, Laurel Fork VA  
 24352  
 276-398-2292  
 276-398-3331 FAX

**TACH @ Grayson**  
 ATTN: Sliding Fee Program  
 6436 Troutdale Highway,  
 Troutdale VA 24378  
 866-942-0401  
 276-398-3331 FAX

**TACH @ Ferrum**  
 ATTN: Sliding Fee Program  
 PO Box 159, Ferrum VA 24088  
 540-365-4469  
 276-398-3331 FAX

**TACH @ Floyd**  
 ATTN: Sliding Fee Program  
 PO Box 835, Floyd VA 24091  
 540-745-9290  
 276-398-3331 FAX

**TACH @ Fries**  
 ATTN: Sliding Fee Program  
 109 Carroll Drive, Fries VA 24330  
 888-908-4788  
 276-398-3331 FAX

### INFORMACIÓN A DIVULGAR:

- Notificación de acción
- Verificación de ingresos más reciente
- SNAP/TANF/WIC/Asistencia energética/etc.
- Otro \_\_\_\_\_ Cualquier otro programa de asistencia pública \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN:

Estoy solicitando el Programa de Tarifa Móvil en Tri-Area Community Health y entiendo que TACH necesita la verificación de mis ingresos/asistencia pública del Departamento de Servicios Sociales. Por lo tanto, autorizo a las organizaciones arriba mencionadas a comunicarse libremente entre sí a efectos de la comprobación de ingresos/asistencia. Entiendo que esta autorización será válida por 12 meses a partir de la fecha firmada. Entiendo que puedo cancelar esta autorización enviando una solicitud de cancelación por escrito a TACH, y la cancelación entrará en vigor cuando TACH reciba mi notificación por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

Enviado por fax \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_