

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.*

¿Cumpló 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 1 de marzo de 2024

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	\$15,060	\$15,061	\$18,825	\$18,826	\$22,590	\$22,591	\$30,120
2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$25,550	\$25,551	\$30,660	\$30,661	\$40,880
3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$32,275	\$32,276	\$38,730	\$38,731	\$51,640
4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$39,000	\$39,001	\$46,800	\$46,801	\$62,400
5	\$0	\$32,470	\$32,471	\$40,588	\$40,589	\$48,705	\$48,706	\$64,940
6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$52,450	\$52,451	\$62,940	\$62,941	\$83,920
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$59,175	\$59,176	\$71,010	\$71,011	\$94,680
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$65,900	\$65,901	\$79,080	\$79,081	\$105,440

Para familias con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.

En base a las Pautas Federales de Pobreza (NFP) de 2024

NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C	NIVEL D
Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$20 (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$30 (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$40 (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	Visitas a consultorio médico y psiquiátrico de \$50 (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
Inyectables y suministros médicos* *Consulte la lista de tarifas separada	Inyectables y suministros médicos* *Consulte la lista de tarifas separada	Inyectables y suministros médicos* *Consulte la lista de tarifas separada	Inyectables y suministros médicos* *Consulte la lista de tarifas separada
Visitas a consultorio de salud conductual de \$10 (no se aplica descuento en efectivo)	Visitas a consultorio de salud conductual de \$12 (no se aplica descuento en efectivo)	Visitas a consultorio de salud conductual de \$14 (no se aplica descuento en efectivo)	Visitas a consultorio de salud conductual de \$15 (no se aplica descuento en efectivo)
Evaluaciones de salud conductual Nivel I - \$50 Nivel II - \$100 (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	Evaluaciones de salud conductual Nivel I - \$55 Nivel II - \$115 (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	Evaluaciones de salud conductual Nivel I - \$60 Nivel II - \$120 (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)	Evaluaciones de salud conductual Nivel I - \$65 Nivel II - \$125 (Descuento del 20 % en efectivo disponible para pagar al momento de la visita)
Farmacia - Tarifa plana nominal.	Descuento del 50 % en farmacia	Descuento del 45 % en farmacia	Descuento del 40 % en farmacia
Visita a dietista de \$10 (no se aplica descuento en efectivo)	Visita a dietista de \$12 (no se aplica descuento en efectivo)	Visita a dietista de \$12 (no se aplica descuento en efectivo)	Visita a dietista de \$12 (no se aplica descuento en efectivo)
Descuentos dentales	Descuentos dentales	Descuentos dentales	Descuentos dentales
Visita preventiva a consultorio de \$43 (no se aplica descuento en efectivo)	Visita preventiva a consultorio de \$48 (no se aplica descuento en efectivo)	Visita preventiva a consultorio de \$53 (no se aplica descuento en efectivo)	Visita preventiva a consultorio de \$58 (no se aplica descuento en efectivo)
Servicios de restauración y extracciones: tarifas nominales** Servicios dentales por dentista contratado - **Consulte la lista de tarifas separada	Descuento del 54 % en servicios restaurativos y extracciones Servicios dentales por dentista contratado - **Consulte la lista de tarifas separada	Descuento del 52 % en servicios restaurativos y extracciones Servicios dentales por dentista contratado - **Consulte la lista de tarifas separada	Descuento del 50 % en servicios restaurativos y extracciones 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)
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR				
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	\$	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$	\$

4. Información sobre la elegibilidad

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ¿Recibe cupones de alimentos? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | ¿Ha solicitado Medicaid? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no |
| ¿Recibe alguna ayuda pública? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | ¿Ha solicitado la prestación por discapacidad? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no |
| ¿Presentó una declaración de impuestos el año pasado? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | ¿Se considera una persona sin hogar? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> 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:

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