

DISCOUNT PROGRAM APPLICATION

The Ventura County Health Care Agency (VCHCA) is committed to providing the highest quality healthcare and emergency services to members of our diverse community. Our mission is to provide excellent comprehensive, cost-effective, compassionate healthcare throughout Ventura County.

At VCHCA we strive to make health care available to everyone in our community, regardless of their ability to pay. Our programs include a Discount Program (DP) for patients at Ventura County Medical Center (VCMC) and Santa Paula Hospital, Eastman Physical Therapy, and clinics licensed under VCMC (Anacapa, Academic Family Medicine, medical specialties, and pediatric and adult hematology oncology clinics). The DP has six pay discount levels based on individual or family income. You can request financial assistance if your household income is at or below 400% of the Federal Poverty Level (FPL). Payment plans are also available for families with incomes above 400% of FPL. *(Please note that for patients in our Federally Qualified Health Centers, there is a separate application for our Sliding Fee Discount Program).*

PROGRAM AVAILABILITY LOCATIONS MARKED WITH ●

Program Number	% of the Federal Poverty Level	Discount Program at non-FQHC Clinics	Discount Program at VCMC & SPH
1	0% to 100%	●	●
2	100.01% to 138%	●	●
3	138.01% to 150%	●	●
4	150.01% to 200%	●	●
5	200.01% to 400%	●	●
6	greater than 400%	●	●

Who is Eligible for Discount Program:

- Individuals not eligible for insurance coverage.
- Have insurance coverage (with high out of pocket cost).
- Meet applicable income guidelines.
- Immigration status not required.

To Apply for Discount Program Please Submit Documents Below:

- Proof of income such as a paycheck stub or tax return.
- Knowledge of household income and living expenses (if applying for payment plan).
- Current medical bill information (if available).
- Identification (Driver's license, identification card, or passport).

If you need assistance with our Discount Program policy requirements and/or the application, our staff will be happy to assist you. We provide Bilingual and Interpretation Services.

Our commitment to value the diversity of all persons and to be respectful and inclusive of everyone is facilitated by engaging and educating our community, to improve the overall health of everyone in our County. We at Ventura County Health Care Agency look forward in serving you.

Discount Program Application

Applicant/Patient

Name: _____

First

Last

Date: _____ (if available) _____

Account
(if available)

Address: _____

Street Address

Apartment/Unit #

City

State

ZIP Code

Phone: Email:

Email

Date of Birth: _____ Social Security or Individual Tax ID: _____

Month/Day/Year

Patient Employer: _____

Guarantor/

Person Responsible for Payment: _____

First

Last

Address:

Street Address

Apartment/Unit #

City

State

ZIP Code

Phone:

Family Members

[illegible]

Income Information

Forms of Income:	Monthly Total for the Last 12 Months
Wages Total	\$
If applicable	\$
If applicable	\$
	\$

Check Proof of Income Attached:

Pay Check Stub
☐

Tax Return
☐

**** Complete the Household Expenses section if household income is below 400% and a payment plan is needed for hospital services**

Household Expenses (if applying for payment plan)

Essential Living Expenses	Monthly Totals/Estimates
Rent or Mortgage (including maintenance expenses)	\$
Food and Household Supplies	\$
Utilities (Water, Gas, Electricity, Trash) and Telephone (cellular and land line)	\$
Clothing	\$
Medical and Dental Payments	\$
Insurance	\$
School and Child Care	\$
Child and Spousal Support	\$
Transportation and Automobile Expenses (Including insurance, fuel, and repairs)	\$
Installment Payments (not included above)	\$
Laundry and Cleaning Expenses	\$
Other Extraordinary Expenses or other Expenses Not Listed Above	\$

Disclaimer and Signature

I the applicant/patient consent/agree/understand that my physician may be informed of this application for uncompensated care.

I the applicant/patient understand that I may be asked to prove my statements on this application and that my eligibility is subject to verification by VCHCA by contacting my employer, bank and credit card companies for verification, and on-line property searches.

By submitting a Discount Program Application and as provided by federal law, I the applicant/patient, request that VCHCA determine my eligibility for uncompensated services, and understand if the information I provided is determined to be false, VCHCA will deny program eligibility and deny providing services as uncompensated services, and I the applicant/patient will be liable for charges for services provided.

I affirm that the statements made herein are true and correct to the best of my knowledge.

Applicant's Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY SECTION

HCA

Date

Print Witness Name

Date

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO

La Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura (VCHCA) está comprometida en proveer la más alta calidad en el cuidado de salud y servicios de urgencias a miembros de nuestra comunidad diversa. Nuestra misión es brindar excelente cuidado integral, económico, y compasivo en todo el Condado de Ventura.

En la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura nos esforzamos por que el cuidado de salud sea disponible para todos en nuestra comunidad, sin importar la habilidad de poder pagar. Nuestros programas incluyen Programa de Descuento (DP) para pacientes en el Centro Médico del Condado de Ventura (VCMC) y el Hospital de Santa Paula, Terapia Física Eastman y clínicas con licencia bajo VCMC (Anacapa, Academic Family Medicine, especialidades medicas, y clínicas de hematología-oncología en pediatría y adultos). El Programa de Descuento tiene seis niveles de descuento basado en ingresos individuales ó familiares. Usted puede solicitar asistencia financiera si su ingreso familiar esta en ó menos del Nivel de Pobreza Federal (FLP) 400%. Plan de pagos también está disponible para familias con ingresos máximos del Nivel Federal de Pobreza 400%. *(Por favor tenga en cuenta que para pacientes en nuestro Programa Federal Calificado en Centros de Salud, hay una solicitud por separado para el programa de Descuento con Tarifa Variable).*

DISPONIBILIDAD DEL PROGRAMA EN LUGARES MARCADOS ●

NUMERO DE PROGRAMA	% del Nivel de Pobreza Federal	Programa de Descuento en Clinicas No FQHC	Programa de Descuento en VCMC & SPH
1	0% to 100%	●	●
2	100.01% to 138%	●	●
3	138.01% to 150%	●	●
4	150.01% to 200%	●	●
5	200.01% to 400%	●	●
6	Mayor que 400%	●	●

Quien es Elegible para el Programa de Descuento :

- Individuos no elegibles para cobertura de seguro médico.
- Si tiene cobertura de seguro médico (con alto costo ó costo de su bolsillo).
- Cumple con las reglas aplicables de ingresos.
- Estado Migratorio no es requerido.

Para solicitar el Programa de Descuento Por favor entregue los Siguietes Documentos:

- Comprobante de ingresos tal come talón de cheque ó declaración de impuestos
- Conocimiento de ingreso familiar y gastos de manutención (si esta solicitando plan de pagos).
- Información de factura médica actual (si esta disponible).
- Identificación (Licencia de manejar, tarjeta de identificación, ó pasaporte).

Si necesita asistencia con requisitos de nuestra póliza/ ó la solicitud del Programa de Descuento, nuestro personal estará gustoso de poder ayudarle. Proveemos servicios Bilingües e Interpretación.

Nuestro compromiso para valorar la diversidad de todas las personas y mostrar respeto é inclusividad para todos es facilitado participar y educar nuestra comunidad, para mejorar la salud en general en nuestro Condado. Aquí en la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura esperamos poder servirle.

Solicitud para el Programa de Descuento

Solicitante/Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ Cuenta (si es disponible) _____
Nombre Apellido

Dirección: _____
Dirección Departamento/Unidad #

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social ó identificación individual de inpuestos: _____
Mes/Día/Año

Empleador del Paciente: _____

Avalista/ Persona responsable de pagar: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____
Dirección Departamento/Unidad #

Ciudad California Código Postal

Teléfono: _____

Miembros de la Familia

Nombre y Apellido	Parentesco

Información de Ingresos

Fuentes de Ingreso:	Mensualidad Total en los últimos 12 meses
Salario Total	\$
Si aplica	\$
Si aplica	\$
	\$

Marque comprobante de ingresos adjunto:

Talón de cheque

☐

Declaración de impuestos

☐

**** Complete la sección de gastos familiares si los ingresos son menores de 400% y plan de pago es necesario para servicios de hospital**

Gastos Familiares (si están solicitando plan de pagos)

Gastos esenciales de manutención	Mensualidad Total/Presupuesto
Renta ó hipoteca (incluyendo gastos de mantenimiento)	\$
Comida y artículos de uso domestico	\$
Utilidades (Agua, Gas, Electricidad, Basura) y Telefono (celular y linea fija)	\$
Vestuario	\$
Pagos Médicos y Dentales	\$
Seguro	\$
Colegiatura y Cuido de Niños	\$
Manutención de hijos y conyugue	\$
Gastos de Transporte y Automovil (Incluyendo seguro, combustible, y reparaciones)	\$
Pagos a plazos (no incluidos arriba)	\$
Labandería y Gastos de Limpieza	\$
Gastos Extraordinarios ó Gastos no Indicados arriba	\$

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO

Page 3 of 4

VCHCA-300-022s (05/2023)

VENTURA COUNTY HEALTH CARE AGENCY

Patient Label
or
Two Patient Identifiers

Aviso y Firma

Yo el solicitante/paciente doy consentimiento/estoy de acuerdo/entiendo que mi médico puede ser informado de esta solicitud por cuidado no compensado.

Yo el solicitante/paciente entiendo que se me puede pedir comprobar mis declaraciones en esta solicitud y que mi elegibilidad es sujeta a verificación por la Agencia de Salud Pública del Condado contactando a mi empleador, verificando cuenta bancaria y compañías de tarjeta de crédito, y búsqueda de propiedades.

Al entregar la Solicitud de Programa de Descuento y según lo previsto por la ley federal, Yo el solicitante/paciente, solicito que la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura, determine mi elegibilidad por servicios no compensados, y entiendo que si la información que se proporcionó se determina falsa, la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura negará elegibilidad del programa y negará servicios proporcionados.

Afirmó que las declaraciones hechas aquí son verdaderas y correctas a mi mejor entendimiento.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

SECCIÓN SOLO PARA USO OFICIAL

HCA

Fecha

Imprima Nombre de Testigo

Fecha

CHARITY CARE PROGRAM APPLICATION

The Ventura County Health Care Agency (VCHCA) is committed to providing the highest quality healthcare and emergency services to members of our diverse community. Our mission is to provide excellent comprehensive, cost-effective, compassionate healthcare throughout Ventura County.

The VCHCA hospitals, Ventura County Medical Center (VCMC) and Santa Paula Hospital (SPH), and hospital clinics offer a Charity Care Program for hospital, ambulatory care and urgent care services to patients who meet the eligibility and asset tests described below, pursuant to Health & Safety Code sections 127400 through 127446.

Charity Care Program

PROGRAM AVAILABILITY LOCATIONS MARKED WITH ●

Program Number	% of the Federal Poverty Level	Charity Care Program at FQHC Clinics	Charity Care Program at Non-FQHC Clinics	Charity Care Program at VCMC & SPH
1	0% to 100%	NOT AVAILABLE	●	●
2	100.01% to 138%	NOT AVAILABLE	●	●
3	138.01% to 150%	NOT AVAILABLE	●	●
4	150.01% to 200%	NOT AVAILABLE	●	●
5	200.01% to 400%	NOT AVAILABLE	●	●
6	greater than 400%	NOT AVAILABLE	NOT AVAILABLE	NOT AVAILABLE

Who is Eligible:

- The patient does not have third party coverage from a health insurer, health care service plan, Medicare or Medi-Cal as determined and documented by the VCHCA; or
- The patient has incurred annual out-of-pocket medical costs at the hospital that exceed the lesser of 10 percent of the patient's current family income or family income in the prior 12 months, or annual out-of-pocket medical expenses that exceed 10 percent of the patient's family income; and
- The patient's injury is not a compensable injury for purposes of workers' compensation, automobile insurance, or other insurance as determined and documented by VCHCA; and
- The patient's family income does not exceed 400% of the Federal Poverty Level; and
- The patient has monetary assets of less than \$10,000.00 Monetary assets shall not include retirement or deferred compensation plans qualified under the Internal Revenue Code, or nonqualified deferred compensation plans (the patient's first \$10,000 of monetary assets, and 50 percent of the patient's monetary assets in excess of \$10,000, shall not be considered in determining eligibility).

To Apply Please Submit Documents Below:

- Proof of income such as a W-2 form, paycheck stub or tax return.
- Personal/family bank and credit card account information (if any).
- Estimate of household income and living expenses.
- Current medical bill information (if available).
- Identification (driver's license, identification card, or passport).

If you need assistance with our Charity Care Program policy requirements and/or the application, our staff will be happy to assist you. We provide Bilingual and Interpretation Services.

Our commitment to value the diversity of all persons and to be respectful and inclusive of everyone is facilitated by engaging and educating our community, to improve the overall health of everyone in our County. We at Ventura County Health Care Agency look forward in serving you.

Charity Care Application

Applicant/Patient Name: _____ Date: _____ Account (if available) _____
First Last

Address: _____
Street Address Apartment/Unit #

City State ZIP Code

Phone: _____ Email _____

Date of Birth: _____ Social Security or Individual Tax ID: _____
Month/Day/Year

Patient Employer: _____

Guarantor/
Person Responsible for Payment: _____
First Last

Address: _____
Street Address Apartment/Unit #

City State ZIP Code

Phone: _____

Family Members

First and Last Name	Relationship

Income Information

Forms of Income:	Monthly Total for the Last 12 Months
Wages Total	\$
If applicable Other Wages Total Related to Work: Strike Benefits Unemployment Military Allotment	\$
If applicable Retirement Related Income: Social Security Pensions IRA	\$
Other (if any): Alimony/Child Support Dividends/Interest Disability Trust Account Interest Income Other	\$

Check Proof of Income Attached:

W-2 Form
☐

Pay Check Stub
☐

Tax Return
☐

Bank Account Information (if any)

Bank Name/Branch	Type of Account (Checking, Savings, Primary)	Account Number
		\$
		\$
		\$
Vehicles	Year	\$
Homes	Address	\$

Disclaimer and Signature

I the applicant/patient consent/agree/understand that my physician may be informed of this application for uncompensated care.

I the applicant/patient understand that I may be asked to prove my statements on this application and that my eligibility is subject to verification by VHCA by contacting my employer, bank and credit card companies for verification, and on-line property searches.

By submitting a Charity Care Program Application and as provided by federal law, I the applicant/patient, request that VCHCA determine my eligibility for uncompensated services, and understand if the information I provided is determined to be false, VCHCA will deny program eligibility and deny providing services as uncompensated services, and I the applicant/patient will be liable for charges for services provided.

I affirm that the statements made herein are true and correct to the best of my knowledge.

Applicant's Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY SECTION

HCA

Date

Print Witness Name

Date

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA CARITATIVA

La Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura está comprometida en proveer la más alta calidad en cuidado de salud y servicios de urgencias a miembros de nuestra comunidad diversa. Nuestra misión es brindar excelente cuidado integral, económico y compasivo, en todo el Condado de Ventura.

Los hospitales de la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura, Centro Médico del Condado de Ventura (VCMC) y el Hospital de Santa Paula (SPH), y clínicas del hospital ofrecen el Programa de Atención Médica Caritativa para hospitales, cuidado ambulatorio y servicios de urgencias a pacientes que cumplan con la elegibilidad y valor de los bienes descritos en la tabulación de abajo, con conformidad al código de salud y seguridad de las secciones 127400 a 127446.

Programa de Atención Médica Caritativa

Disponibilidad del programa en lugares marcados con●

Número de programa	% del Nivel de Pobreza Federal	Programa Caritativo en Clínicas FQHC	Programa Caritativo en clínicas No FQHC	Programa Caritativo en VCMC y SPH
1	0% to 100%	NO DISPONIBLE	●	●
2	100.01% to 138%	NO DISPONIBLE	●	●
3	138.01% to 150%	NO DISPONIBLE	●	●
4	150.01% to 200%	NO DISPONIBLE	●	●
5	200.01% to 400%	NO DISPONIBLE	●	●
6	Mas de 400%	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE

Quién es elegible:

- El paciente no cuenta con cobertura médica de terceros por parte de una agencia de salud, plan de servicio de salud, Medicare ó Medical como determinado y documentado por la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura.
- El paciente ha incurrido costos médicos de su bolsillo anuales de hospital que exceden menos de 10% de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses previos, ó gastos médicos anuales que excedan 10% de los ingresos familiares; y
- La lesión del paciente no es lesión compensada con propósitos de compensación al trabajador, seguro automovilístico ú otro tipo de seguro como determinado y documentado por la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura; y
- Los ingresos familiares del paciente no exceden el 400% del Nivel de Pobreza Federal; y
- Los bienes monetarios del paciente son menos de \$10,000.00 Bienes monetarios no deberan incluir compensación de jubilación ó planes de compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas internas ó planes no calificados de compensación diferida (Los primeros \$10,000.00 en bienes monetarios del paciente, y 50% en valores monetarios en exceso de \$10,000.00, no deberán de ser considerados en la determinación de elegibilidad).

Para solicitar por favor entregue los siguientes documentos:

- Comprobante de ingresos tal como forma W-2 ,talón de cheque ó declaración de impuestos
- Información de cuenta de banco ó de tarjeta de crédito personal/familiar(si alguna)
- Presupuesto de ingresos familiares y gastos de manutención.
- Información de factura médica reciente (si aplica).
- Identificación (licencia de conducir, tarjeta de identificación, ó pasaporte).

Si necesita asistencia con los requisitos de poliza y/ó la solicitud, nuestro personal estará contento de poder servirle. Proveemos servicios Bilingües é Interpretación.

Nuestro compromiso para valorar la diversidad de todas las personas y mostrar respeto é inclusividad para todos es facilitando participar y educar a nuestra comunidad, para mejorar la salud en general en nuestro condado. Aquí en la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura esperamos poder servirle.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA CARITATIVA

VENTURA COUNTY HEALTH CARE AGENCY

Solicitud para Atención Médica Caritativa

Solicitante/Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ Cuenta
Nombre *Apellido* (si aplica) _____

Dirección: _____
Dirección *Departamento/# de Unidad*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Tel: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social ó Identificación individual de inpuestos: _____
Mes/Día/Año

Empleador del Paciente: _____

Avalista/ Persona responsable de pagar: _____
Nombre *Apellido*

Dirección: _____
Dirección *Departamento/# de Unidad*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Telefono: _____

Miembros de la Familia

Nombre y Apellido	Parentesco

Información de Ingresos

Fuentes de Ingreso:	Mensualidad Total en los últimos 12 Meses
Salario Total	\$
Si aplica Total de Otros Salarios Relacionados con el Trabajo: Beneficios de Huelga Desemleo Beneficios Militares	\$
Si aplica Salarios Relacionados con Juvilación: Seguro Social Pensiones Cuenta de Retiro Individual	\$
Otros (si alguna): Manutención de los Hijos Pago de Dividendos/Intereses Discapacidad Cuenta de fideicomiso Ingresos por intereses Otro	\$

Marque comprobante de ingresos adjunto:

 Forma W-2 ☐

 Talón de cheque ☐

 Declaración de impuestos ☐

Información de Cuenta Bancaria (si alguna)

Nombre del Banco/Sucursal	Tipo de Cuenta (Cheques, Ahorros, Primaria)	Número de Cuenta
		\$
		\$
		\$
Vehículos	Año	\$
Casas	Dirección	\$

Yo el solicitante/paciente doy consentimiento/estoy de acuerdo/entiendo que mi médico puede ser informado de esta solicitud por cuidado no compensado.

Yo el solicitante/paciente entiendo que se me puede pedir comprobar mis declaraciones en esta solicitud y que mi elegibilidad es sujeta a verificación por la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura contactando a mi empleador, verificando cuenta bancaria y compañías de tarjetas de crédito, y búsqueda de propiedades en línea.

Al entregar esta solicitud de Atención Médica Caritativa y como proporcionado por la ley federal, Yo el solicitante/paciente, pido que la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura determine mi elegibilidad por servicios no compensados, y entiendo que si la información proveída es determinada que es falsa, la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura negará elegibilidad del programa y negará prestación de servicios como servicios no compensados, y yo el solicitante/paciente seré responsable por cargos de servicios proporcionados.

Afirmó que las declaraciones hechas aquí son verdaderas y correctas a mi mejor entendimiento.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN SOLO PARA USO OFICIAL

HCA

Fecha

Imprima Nombre de Testigo

Fecha