

NeighborHealth Center, Inc.

SOLICITUD PARA ESCALA VARIABLE DE PRECIOS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ MRN: _____
(Solo para uso oficial)

Programa de descuento según escala variable

El programa de Descuento Según Escala Variable es un programa federal que le permite a NeighborHealth Center ajustar el precio general de una visita médica. Según indica la ley, se requieren dos datos importantes para calificar: la cantidad de dinero que se genera en la familia y la cantidad de personas en la familia. Para reunir los requisitos necesarios, debe entregar prueba de ingresos correcta y aceptable, así como facilitar una lista de todas las personas en la familia. De lo contrario deberá pagar el 100% de todos los cargos. Usted debe informarnos sobre cualquier cambio en el ingreso familiar o en la cantidad de miembros en la familia. Si se recibe información falsificada usted perderá los privilegios de descuento de la escala variable y la posible expulsión de la clínica, ya que es una violación a la ley federal.

Condiciones necesarias

Todos los pacientes de NeighborHealth Center pueden aplicar para el programa de escala variable. La decisión para recibir el descuento, si califica, dependerá del ingreso familiar y del tamaño de la familia al compararlas con las Pautas Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés). Este descuento se puede aplicar a los deducibles de su seguro de salud y Medicare, así como a otros servicios aprobados que no tengan cobertura. Sin embargo, este descuento no aplica al co-pago establecido de los seguros médicos.

Plazo

Usted debe actualizar su información anualmente o de haber algún cambio en el ingreso familiar o el tamaño de la familia.

Definiciones y ejemplos de los documentos requeridos como prueba de ingresos

1. El ingreso se basa en el monto total bruto que generan todos los miembros de la familia que trabajan.
 - a. Los beneficios no monetarios (tales como subsidios de vivienda) no cuentan.
2. Los documentos que se aceptan como prueba para determinar el ingreso familiar, incluyen los siguientes:
 - a. Declaración de Impuestos Sobre Ingresos: Una copia firmada de su declaración de impuestos más reciente que muestre el ingreso bruto ajustado (AGI por sus siglas en inglés.)
 - b. Talonarios de cheques por un mes, de todos los miembros de la familia que trabajan y generan ingreso.
 - c. Carta de Entidades: Una carta de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos o Agencia de Servicios Sociales donde se indique el nivel de ingresos.
 - d. Verificación de Desempleo: Documentos de la Comisión de Seguridad Laboral (ESC, por sus siglas en inglés) donde se evidencie su situación de desempleo y la cantidad que recibe por desempleo.
 - e. Documentos oficiales donde se indique la pensión alimenticia para cónyuge o la pensión alimenticia para menores según determinación judicial.
 - f. Carta oficial que documente los beneficios por jubilación o retiro, incapacidad, o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés.)
 - g. Formulario sobre verificación de Ingresos completado por su empleador.

Documentos para determinar la cantidad de personas en el hogar

1. Todos los miembros de la familia que aporten financieramente a los gastos de pensión completa, o que sean soporte económico para sí mismos y otros en el hogar serán contados como una familia. (No se consideran "familia" los compañeros de piso que comparten los gastos de arriendo y servicios públicos.)
2. El tamaño de la familia se puede documentar con uno de los siguientes.
 - a. Fotocopia de su declaración de impuestos más reciente que muestre las personas que usted reclama.
 - b. Tarjetas de Seguro Social (de cada persona)
 - c. Certificados de Nacimiento (de cada persona)
 - d. Tarjetas de Medicaid de cada hijo/a dependiente
 - e. Licencias de conducir o tarjetas de identificación del estado con foto (de cada persona/ y con la misma dirección)
 - f. Documentos de la corte o entidad gubernamental que indique el total de miembros en el hogar.
 - g. Contratos de arriendo o una carta de su arrendador o casero donde se enumeren quienes residen en el hogar. La información de contacto se debe proporcionar para que podamos verificar la información suministrada.

Documentos de identificación

1. Identificación con foto emitida por el gobierno.
2. Verificación de residencia (por ejemplo, cuenta de algún servicio público, cobro de hipoteca, o arriendo.)

Complete y firme la solicitud adjunta.

NeighborHealth Center, Inc.

SOLICITUD PARA ESCALA VARIABLE DE PRECIOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____
 (Sólo para uso oficial)

Información para determinar si califica para descuento

PACIENTE/TUTOR: Favor completar TODA la información sobre su familia.

Nombre	Relación	Fecha de Ncmnto	Ingreso	Frecuencia	Tipo de documento sobre ingresos	Enumere todos los planes de seguro medico que tenga	Deducible anual
Ejemplo: Juan Rojas	Yo mismo	5/16/46	\$346	Semanal	Impuestos	Medicare	Ninguno

El paciente o tutor deberá presentar documentación para determinar si califica para el precio descontado.

Entiendo que la información que he dado en este formulario está sujeta a verificación por parte de NeighborHealth Center. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta conforme a mi leal saber y entender, y comprendo y acepto que entregar información falsa resultará en que se denegará participación en el programa de descuento; además, acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de Descuento según Escala Variable. Entiendo además que debo entregar prueba de ingresos antes de recibir cualquier otro servicio. Si no cumplo con este requisito, pagaré el precio total de los servicios recibidos, a los cuales no se aplicará ningún descuento.

Firma del Paciente/Tutor

Nombre en letra de imprenta

Fecha

..... (NO escriba bajo esta línea. Esta sección la completa un empleado de NeighborHealth Center.)

Documentos de ingresos aceptables [Marcar con (x) si se entregó y verificó]	Monto calculado según la documentación
<input type="checkbox"/> Declaración Federal de impuestos - reciente	
<input type="checkbox"/> 1 mes de talonarios de cheque	
<input type="checkbox"/> Formulario de Verificación de sueldo completado por el empleador	
<input type="checkbox"/> Cartas/documentos oficiales del Seguro Social, tribunales, pension alimenticia, ESC, etc.	
Monto total de ingreso:	

Total de miembros en la familia que están aplicando para el programa	
---	--

Marcar con (x) si se entregó y verificó	Información obtenida y verificada
<input type="checkbox"/>	Identificación aceptable para cada miembro de la familia indicado en la aplicación.
<input type="checkbox"/>	Nombre y fechas de Nacimiento de todos los miembros de la familia indicados en la aplicación.

Categoría en la Escala Variable	Fecha de vigencia	Fecha de vencimiento

Certifico que toda la información entregada fue revisada y está completa, a mi mejor saber y entender.

Firma del empleado de NeighborHealth Center Employee

Nombre impreso

Fecha

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

NeighborHealth Center, Inc.

ASUNTO: _____ **#SS:** _____

Esta persona solicitó para el programa de Escala Variable de Precios con NeighborHealth Center.
Favor de verificar la información de empleo e ingresos.
Este formulario debe ser completado por el empleador.

¿Esta persona trabaja para usted o está empleada en su compañía? Sí No

¿Esta persona tiene cobertura de Seguro médico? Sí No

Si contesta "Sí", complete la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguro: _____ Núm. de Identificación: _____

Núm. de grupo: _____ Núm de teléfono de la compañía de seguro: _____

Dirección de la compañía de seguro: _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

Favor completar la siguiente información sobre su empleado:

Tarifa por hora:	¿Cuán a menudo recibe su pago?
Ingreso Bruto Mensual:	Ingreso Bruto Anual:
<i>FAVOR INCLUIR BONOS/PAGO POR VACACIONES:</i>	

Agradecemos su ayuda con este documento.
Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor llame a:
NeighborHealth Center, Inc. al 984-222-8000

La persona que completó este formulario debe firmar abajo.

Nombre de la compañía	Nombre/Título de quien completa este documento	Fecha
Dirección de la compañía	Ciudad	Estado
	Código Postal	Núm de Teléfono