

Lincoln Community Health Center, Inc.

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ MRN: _____
mes/ día / año (Solo para uso de la oficina)

Programa de descuento de escala variable

El Programa de descuento de escala variable es un programa federal que le permite a Lincoln Community Health Center hacer descuentos sobre los cargos normales por una visita médica. De acuerdo con la ley, se requieren dos componentes de información para calificar: el monto de dinero ganado en la familia y el número de personas que viven en la casa. Para ser elegible para la Tarifa de escala variable, debe proporcionar una prueba de ingresos exacta y aceptable, así como enumerar a todas la personas que viven en la casa o será responsable del 100% de todos los cargos. Usted debe informar cualquier cambio en el ingreso familiar o en el número de miembros en la casa cuando estos cambios ocurren. La falsificación de esta información resultará en la pérdida de los privilegios de la Tarifa de escala variable y la posible desvinculación de la clínica ya que es una violación a la ley federal.

Elegibilidad

Todos los pacientes del Lincoln Community Health Center son elegibles para solicitar la escala variable. La determinación del descuento, en su caso, depende del ingreso y el tamaño de la familia en comparación a los Lineamientos de pobreza federales actuales. El descuento puede aplicar a los deducibles de seguro/Medicare, así como a los servicios aprobados no cubiertos. El descuento no aplica a los copagos del seguro.

Plazo

La información se debe actualizar cada doce (12) meses o por cualquier cambio en el ingreso o el tamaño de la familia.

Definiciones y ejemplos de la prueba aceptable requerida

Determinación de ingresos

1. El ingreso se basa en el ingreso bruto de todos los miembros de la familia que reciben ingresos.
 - a. Ingreso utilizado para calcular el estado de pobreza:
 - b. Incluye utilidades, compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, Ingreso de seguridad complementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios a sobrevivientes, ingreso por pensión o jubilación, interés, dividendos, rentas, regalías, ingreso de bienes raíces, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia de afuera de la familia y otras fuentes misceláneas.
 - c. Los beneficios no monetarios (como subsidio para vivienda) no cuentan.
 - d. Si una persona vive con otras, sume el ingreso de todos los miembros de la familia.
2. Las formas aceptables de prueba para determinar el ingreso incluyen las siguientes.
 - a. Declaración de impuesto sobre la renta Una copia firmada de la declaración más reciente de impuesto sobre la renta que muestre el Ingreso bruto ajustado.
 - b. Carta de una agencia: Una carta de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos o la Agencia de Servicio Social que indique el nivel de ingresos.
 - c. Verificación de desempleo: Documentación de la Employment Securities Commission (ESC) que pruebe el estado de desempleo y el monto de compensación por desempleo que se recibe.
 - d. Documentos oficiales que indican la manutención de menores o pensión alimenticia como adjudicada por un juez.
 - e. Documentación oficial: Documentación que compruebe la jubilación, discapacidad, beneficios de SSI.
 - f. Formulario de verificación de salario completado por el empleador.

Determinación del tamaño de la familia

1. Todos los miembros de una familia que están aportando recursos financieros incluyendo alojamiento y alimentación y/o que se apoyan financieramente se cuentan como una familia.
2. El tamaño de la familia se puede documentar con cualquiera de lo siguiente.
 - a. Una copia de la declaración más reciente de impuesto sobre la renta que muestre el tamaño de la familia.
 - b. Tarjeta del Seguro Social
 - c. Certificado de nacimiento
 - d. Tarjetas de Medicaid para cualquier hijo dependiente
 - e. Licencia de conducir o tarjetas de identificación del estado
 - f. Documentos del tribunal o del gobierno que indiquen el número de miembros de la familia.
 - g. Contratos de arrendamiento o una carta del propietario que indica el número de miembros de la familia. La información de contacto se debe proporcionar de manera que se pueda verificar.

Determinación de identificación

1. Formulario de identificación con fotografía emitida por el gobierno.
2. Verificación de ubicación de la vivienda/residencia (por ejemplo, factura de servicios, declaración de hipoteca o contrato de arrendamiento).

Completar y firmar la solicitud adjunta.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ MRN: _____
mes / día / año (Solo para uso de la oficina)

Lincoln Community Health Center, Inc.

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Determinación de elegibilidad

PARA QUE LO COMPLETE EL PACIENTE/TUTOR LEGAL: Complete TODA la información de su familia a continuación:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Ingresos	Frecuencia	Tipo de documentación de ingresos	Enumere todos los planes de seguro médico por los que está cubierto	Deducible anual
Ejemplo: John Doe	Propio	5/16/46 mes/día /año	\$346	semanalmente	Formulario de impuesto	Medicare	Ninguno

Para determinar la elegibilidad para la Tarifa de escala variable, la documentación la debe proporcionar el paciente o el tutor legal

Yo entiendo que la información que proporcioné en este formulario está sujeta a verificación por parte de Lincoln Community Health Center. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y que entiendo y acepto que proporcionar información falsa puede resultar en que se me niegue la capacidad de solicitar el programa; además, Yo acepto adherirme a todos los términos y condiciones del Programa de descuento de escala variable. **Entiendo que debo proveer prueba de ingresos antes de recibir más servicios o tendrá que pagar el precio completo por los servicios sin descuento.**

Firma del paciente/tutor legal

Nombre en letra de molde

Fecha

..... (NO escriba debajo de esta línea. Para que lo complete el empleado de Lincoln Community Health Center.)

Documentación de ingresos aceptable [Ingrese (x) si se verificó y obtuvo]	Monto calculado Asociado con la Documentación
<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federal actualizada	
<input type="checkbox"/> Formulario de verificación de salario completado por el empleador	
<input type="checkbox"/> Cartas/documentos oficiales del Seguro Social, Tribunales, Manutención de menores, ESC, etc.	
Monto total de los ingresos	

Número total de miembros de la familia que solicitan el Programa de tarifa de escala variable _____

Ingrese (x) si se verificó y obtuvo	Información verificada y obtenida
<input type="checkbox"/>	Identificación aceptable para cada miembro de la familia que aparece en la Solicitud del Programa de tarifa de escala variable
<input type="checkbox"/>	Los nombres y fechas de nacimiento de todos los miembros de la familia que aparecen en la Solicitud del Programa de tarifa de escala variable.

Tarifa de escala variable Categoría	Escala variable vigente a partir de Fecha	Terminación de la escala variable Fecha

Yo certifico que toda la información proporcionada fue revisada y está completa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado del Centro médico

Nombre en letra de molde

Fecha