

Programa de descuento en las tarifas según los ingresos para los servicios médicos y dentales

¡ Sírvase leer este documento antes de completar la solicitud para el programa de descuento en las tarifas según los ingresos.

La misión de Shasta Community Health Center es brindar servicios de atención médica y dental de calidad para todos. Somos un programa de atención médica privado, no lucrativo, financiado por el gobierno federal con localidades en Redding, Anderson, y Shasta Lake. Aceptamos a todos los pacientes sin importar cuál sea su seguro o su estado financiero. Ofrecemos una gran variedad de servicios a los pacientes por medio del programa de descuento en las tarifas según los ingresos. Este programa ayuda a garantizar que el costo no sea un obstáculo para nadie de nuestra comunidad que busque servicios de atención médica.

Para determinar su elegibilidad para este programa financiado con fondos federales, se requiere la documentación de sus ingresos (o la falta de ingresos) y el tamaño de su grupo familiar. Debe actualizar esta información al menos cada año para continuar con su participación en el programa. Esta información solo se utiliza para calcular su descuento y se mantiene bajo absoluta confidencialidad. Si tiene un deducible alto en su seguro, podría ser elegible para el Programa de descuento en las tarifas según los ingresos.

Si usted califica para el programa de las tarifas según los ingresos, se le exigirá que pague una tarifa mínima de \$15.00 a \$55.00. El pago debe hacerse al momento de recibir el servicio.

Tiene que completar el formulario de información financiera todos los años para determinar su elegibilidad y su descuento. Esta información incluye:

- ✓ Los ingresos totales de su grupo familiar de todas las fuentes antes de impuestos.
- ✓ El número de miembros del grupo familiar que vive en su casa.
- ✓ Es posible que le pidan que proporcione una prueba de los ingresos totales de su grupo familiar. Esto podría ser por medio de los talones de los cheques, estados de cuenta bancarios, declaraciones de impuestos o cualquier otro documento que pruebe los ingresos de su grupo familiar.

Su descuento podría variar si sus ingresos cambian.

Los pagos del Descuento en las tarifas según los ingresos son reembolsables cuando SCHC recibe el pago de parte de su seguro para esa fecha de servicio.

Los servicios que se ofrecen bajo el Programa de descuento en las tarifas según los ingresos de SCHC están limitados a aquellos que se consideren médicamente necesarios según el criterio del personal correspondiente del Centro. Los servicios de salud cosméticos, electivos o exigidos por el trabajo no califican para el Programa de descuento en las tarifas según los ingresos.

Radiología:

Hay cargos por separado por realizar y leer una radiografía. MDI ofrece un programa de descuentos, pero es un programa por separado. Haga los arreglos para recibir el descuento directamente con MDI.

Procedimientos especiales:

Su proveedor de atención médica podría ordenar estudios de diagnóstico especiales (tales como un ultrasonido o tomografía computarizada) que no se realizan en SCHC. Usted será responsable del 100% de esos cargos y debe organizar el pago con los centros que los proporcionan.

¿ Háganos saber si tiene alguna pregunta acerca de nuestros programas o servicios. ¡Será un gusto para nuestro Equipo de facturación ayudarle! Puede llamarnos al (530) 246-5934.



Solicitud de según los ingresos Registro e información financiera



Información personal: Denos algunos datos sobre el paciente.

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Jefe del grupo familiar

Esta es normalmente la persona que gana más dinero en el hogar.

¿Es la misma que el paciente? Sí No

Si la respuesta es No, háganos saber quién es el Jefe del hogar:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Personas que viven en la casa

(personas que comparten todo el dinero ganado y el pago de las facturas, incluidos los niños)

Relación con el paciente

Fecha de nacimiento

1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		

TOTAL DE PERSONAS

¿Le gustaría saber si cumple con los requisitos para acceder a nuestro Programa de descuentos de tarifas según los ingresos?

**Tenga en cuenta que, si decide no completar esta solicitud, no cumplirá con los requisitos para obtener descuentos en virtud de nuestro Programa de descuentos de tarifas según los ingresos y es posible que tenga a su cargo el costo completo de su atención médica o dental.*

Sí (avance a la siguiente sección)

No (firme y escriba la fecha abajo y devuelva este formulario)*



Firma: _____

Fecha de rechazo: _____



Información financiera y del grupo familiar: Díganos cuánto dinero ganan usted y su familia y cuántas personas viven en su casa.

(A) ¿Cuánto dinero ganan por todos los empleos?

- Mensualmente \$ _____
- Semanalmente \$ _____
- Cada 2 semanas \$ _____
- Dos veces al mes \$ _____

¿Alguien de su grupo familiar trabaja de forma independiente?

- Sí No

De ser así, ¿cuánto dinero gana por mes?

\$ _____

Otras fuentes de dinero	Total mensual
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Indemnización laboral/ por discapacidad	\$ _____
Intereses/dividendos	\$ _____
Seguro Social/SSI/agregue los beneficios para familiares sobrevivientes	\$ _____
Pensiones	\$ _____
Ingresos por alquileres	\$ _____
Asistencia pública (no incluye cupones de comida)	\$ _____
Asistencia educativa	\$ _____
TOTAL (B)	\$ _____



Firme aquí: Al firmar abajo, usted manifiesta que está de acuerdo con el enunciado incluido en el recuadro.

Sé que puedo quedar descalificado para obtener descuentos si doy información falsa. También sé que, si quedo descalificado, deberé pagar la tarifa completa y no estaré en condiciones de acceder al Programa de descuentos de tarifas según los ingresos.

Sé que por el solo hecho de solicitar un descuento no implica que lo obtendré. También sé que si no le informo a SCHC sobre cualquier cambio en la cantidad de dinero gano o la cantidad de personas que viven en la casa, SCHC puede quitarme cualquier descuento de inmediato.

Sé que la información incluida en este formulario se compartirá únicamente a nivel interno a los fines del Programa de descuentos de tarifas según los ingresos.

Persona responsable del pago:

Firma: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre y relación: _____ **Fecha:** _____

Este formulario no obliga a otras agencias a cumplir con el descuento otorgado y es posible que ellas soliciten información adicional.

--- PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA/OFFICE USE ONLY ---

Take the number reported in (A) and times it by the appropriate amount to get (A*)
 Weekly: x 4.33 Every 2 Weeks: x 2.167 Twice a Month: x 2

Household size: _____	Monthly Income:	Category:	Total Annual Income: \$ _____
	Wages (A*): \$ _____	_____	
	Other (B): \$ _____	(A, B, C, D or Self)	
	TOTAL: \$ _____	Fee: \$ _____	
	(A* + B)		
Reviewed By: _____	O&E Referral: _____	Renewal Date: _____	