



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Gracias por elegir a Amoskeag Health como su proveedor de atención médica. Ofrecemos una escala móvil de tarifas que descuenta el costo de nuestros servicios a pacientes con ingresos familiares calificados.

Cosas que debe saber sobre nuestro programa de descuento de tarifa variable:

- La elegibilidad para el programa de descuento de tarifa variable se basa únicamente en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.
- Se debe completar una solicitud en su totalidad para determinar la elegibilidad y debe volver a presentar la solicitud antes de la fecha de expiración en su tarjeta del programa
- Tanto los pacientes sin seguro como los asegurados con costos compartidos (es decir, deducibles altos, copagos) son elegibles para presentar una solicitud.
- Se recomienda encarecidamente a los pacientes sin seguro que se reúnan con un miembro de nuestro equipo de administración de casos o equipo de acceso de pacientes que pueda ayudarlo a encontrar una cobertura de salud asequible.
- Elliot Hospital y Catholic Medical Center honrarán nuestra tarjeta del programa de descuento de tarifa variable sin embargo los pacientes deben comunicarse con esas organizaciones para determinar los costos.

Debe incluir documentos que respalden cada fuente de ingresos que enumere en su solicitud, algunos ejemplos incluyen:

- Copia completa de la declaración de impuestos federales más reciente o del formulario W-2 o 1099 más reciente. Las personas que trabajan por cuenta propia deben incluir todos los anexos con su declaración de impuestos.
- Copia de los últimos (4) talones de pago consecutivos más recientes si se pagan semanalmente o (2) si se pagan quincenalmente.
- Si se paga en efectivo, una carta del empleador que indique el número de horas trabajadas, el salario por hora y la frecuencia con la que se paga.
- Copia de la declaración de beneficios de desempleo o discapacidad
- Copia de las declaraciones de seguro social, discapacidad, ingresos suplementarios y beneficios de pensión
- Documentación de otro tipo de asistencia gubernamental

Por favor, no envíe documentos originales. Podemos hacer copias para usted.

Si su hogar no tiene ingresos, complete la Hoja de Trabajo de Cero Ingresos para cada miembro del hogar que califique.

Puede enviar su solicitud completa en cualquier ubicación de Amoskeag Health durante el horario normal. De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. O puede enviar su solicitud por correo a Amoskeag Health, 145 Hollis St. Manchester, NH 03101, Attn: Patient Access Department.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar su solicitud, tenemos personal disponible para ayudarlo de lunes a viernes de 9 a.m. a 2 p.m. en nuestra ubicación de 145 Hollis St.

Solicitud De Tarjeta de Descuento



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE _____ APELLIDO (s) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

¿Tiene seguro médico? No Sí – Compañía de seguros: _____

¿Has solicitado NH Medicaid? No Sí Sí, pero se le negó la cobertura

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número total de miembros del hogar: _____

Inclínese a usted, a su cónyuge (o pareja) y a todos los dependientes a continuación. (Agregue cualquier adicional en la parte posterior):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: Solicitante/mismo

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ ¿Paciente? Y N/Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ ¿Paciente? Y N/Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ ¿Paciente? Y N/Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ ¿Paciente? Y N/Relación: _____

INGRESOS DEL HOGAR

Ingreso bruto ajustado en los impuestos más recientes presentados: \$ _____ Año fiscal: _____

Complete esta tabla para informar todas las fuentes actuales de ingresos de los miembros del hogar mayores de 18 años.

Los ingresos enumerados son (marque uno): Anual Mensual Semanal			
FUENTE DE INGRESOS	Persona 1 Nombre:	Persona 2 Nombre:	Persona 3 Nombre:
Empleo	\$	\$	\$
Auto-Empleo	\$	\$	\$
Prestaciones por desempleo	\$	\$	\$
Jubilación o Pensión	\$	\$	\$
Seguridad social	\$	\$	\$
Discapacidad (no incluye SSI)	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler o regalías	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$
O Adjuntar formulario de ingresos cero	<input type="checkbox"/> Sin ingresos	<input type="checkbox"/> Sin ingresos	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
¿Documentación incluida con todas las fuentes de ingresos?	<input type="checkbox"/> Todos los documentos adjuntos	<input type="checkbox"/> Todos los documentos adjuntos	<input type="checkbox"/> Todos los documentos adjuntos

Al firmar:

- Certifico que toda la información que he enviado es verdadera, y autorizo a Amoskeag Health a verificar esa información y divulgarla a los proveedores de atención que me recomiendan/mutuamente.
- Estoy de acuerdo en permitir que Amoskeag Health comparta datos de información demográfica y de ingresos con los donantes municipales, estatales, federales y privados según sea necesario.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todas las facturas por servicios antes de completar y aceptar esta solicitud y si mi solicitud es denegada.
- Entiendo que debo pagar el monto de mi Escala Móvil de Tarifas con descuento cuando estoy en el centro de salud para recibir servicios si mi solicitud ha sido aprobada.
- Acepto notificar a Amoskeag Health sobre cualquier cambio en mis ingresos, hogar o estado de seguro.
- Entiendo que debo volver a solicitar la escala móvil de tarifas antes de mi fecha de finalización.
- Entiendo que Amoskeag Health está regulado por políticas y regulaciones del gobierno federal, y se considera ilegal tergiversar o reclamar falsamente información inexacta en esta solicitud.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge/pareja de hecho (si corresponde)

Fecha

OFFICE USE ONLY

Total # Household Members: _____ Total Household Income: \$ _____ (Weekly) \$ _____ (Annually)

DISCOUNT: Approved-Annual Approved-6 Months Approved 30-day Temporary

Denied – Reason _____

PERIOD OF COVERAGE: Effective Date: ____/____/____ Expiration Date: ____/____/____

THIRD PARTY PAYOR IF APPLICABLE: _____

DISCOUNT ASSIGNMENT: 1 2 3 4 5 6-Self-pay CUCF

Staff Signature: _____ Staff Name: _____

HOJA DE TRABAJO DE CERO INGRESOS



Nombre de la persona sin ingresos _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____ declaro que no tengo ninguna fuente de ingresos.

Vivo en:

Mi propia casa/apartamento ¿Recibe asistencia para la vivienda? No Sí, En caso afirmativo, adjunte documentación

Vivir con pariente(s) o amigo(s) – Nombre de la persona con la que vive: _____

Refugio/Vivienda transitoria

Otra: _____

¿Recibe asistencia pública (SNAP, TANF, cuidado de niños, etc.)?: No Sí, En caso afirmativo, adjunte documentación

Complete esta tabla con sus gastos de los últimos tres meses. Si alguien te ha ayudado con los gastos durante estos tres meses, pídele que firme este formulario. Esto incluye pagar el gasto directamente, darle dinero para pagar el gasto o brindarle el servicio necesario de forma gratuita.

INFORME DE GASTOS DE LVING DE 3 MESES	Mes: (ejemplo) <i>Enero</i>		Mes:		Mes:		Mes:	
	Costar	¿Quién pagó?	Costar	¿Quién pagó?	Costar	¿Quién pagó?	Costar	¿Quién pagó?
Vivienda	<i>Gratis</i>	<i>hijo</i>						
Agua y/o Electricidad	<i>Incluido</i>	<i>hijo</i>						
Calor	<i>Incluido</i>	<i>hijo</i>						
Viveres	<i>\$150</i>	<i>SNAP</i>						
Transporte	<i>\$25</i>	<i>hijo</i>						
Teléfono/Internet	<i>\$40</i>	<i>hijo</i>						
Médico	<i>Ninguno</i>	<i>N/A</i>						
Otro	<i>Ninguno</i>	<i>N/A</i>						

A continuación se deben proporcionar los nombres y las firmas de las personas que brindaron asistencia.

Personas que te ayudaron con los gastos en los últimos tres meses:

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Cosas importantes que debe saber:

- Este formulario debe completarse en su totalidad; No podremos procesar su solicitud si deja partes de ella en blanco.
- Si necesita contarnos más sobre su situación, no dude en adjuntar una carta o declaración a esta hoja de trabajo o programar una reunión con uno de nuestro personal de acceso de pacientes.
- Si recibe asistencia de otras agencias, como el DHHS o su ciudad, adjunte copias de cualquier documentación que verifique la asistencia que se le brindó.

Al firmar a continuación, doy fe de que no tengo ingresos y:

- He leído o me han leído la hoja de trabajo anterior y que toda la información que proporcioné es correcta.
- Entiendo que el hecho de no revelar completamente mis verdaderos ingresos se considera un acto de fraude, que está penado por la ley. Doy permiso a Amoskeag Health para investigar la información proporcionada en esta solicitud.
- Entiendo que, de ser aprobada, esta declaración de cero ingresos solo tendrá una validez de 6 meses, después de lo cual tendré que renovar mi solicitud.
- También entiendo que si mis ingresos cambian, estoy obligado a notificar al Centro de Salud y es posible que deba completar una solicitud actualizada.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Office Use Only

Date received: _____

Supporting documents attached: Yes N/A No – return application to patient