



APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE DESCONTO DE TAXA DESLIZANTE

Obrigado por escolher o Amoskeag Health Center como seu profissional de saúde. Oferecemos uma tabela de honorários deslizando que desconta o custo de nossos serviços para pacientes com renda familiar qualificada.

Coisas a saber sobre o nosso programa de desconto de taxa deslizando:

- A elegibilidade para o programa de desconto de taxa deslizando é baseada exclusivamente na renda familiar e no tamanho da família.
- Uma inscrição deve ser preenchida na íntegra para determinar a elegibilidade e você deve se inscrever novamente até a data de término em seu cartão do programa.
- Tanto os doentes não segurados como os segurados com partilha de custos (ou seja, franquias elevadas, copagamentos) são elegíveis para se candidatarem.
- Os pacientes sem seguro são fortemente encorajados a se reunir com um membro de nossa equipe de gerenciamento de casos ou equipe de acesso ao paciente que possa ajudar a encontrar cobertura de saúde acessível.
- O Hospital Elliot e o Centro Médico Católico honrarão nosso cartão do programa de desconto de taxa deslizando, os pacientes devem entrar em contato com essas organizações para determinar os custos.

Você deve incluir documentos para apoiar todas as fontes de renda que você lista em seu aplicativo, exemplos incluem:

- Cópia completa da declaração de Imposto de Renda Federal mais recente ou do formulário W-2 ou 1099 mais recente. Autônomos devem incluir todos os horários na declaração de imposto de renda.
- Cópia dos últimos (4) últimos paystubs consecutivos mais recentes, se pagos semanalmente ou (2) se pagos quinzenalmente;
- Se pago em dinheiro, uma carta do empregador informando o número de horas trabalhadas, o salário por hora e a frequência de pagamento.
- Cópia da declaração de seguro-desemprego ou benefício por incapacidade.
- Cópia das declarações previdenciárias, de invalidez, de complementação de renda e de benefícios previdenciários.
- Documentação de outras ajudas governamentais.

Por favor, não envie documentos originais. Nós podemos fazer cópias para você.

Se o seu agregado familiar não tiver rendimentos, preencha a Folha de Rendimento Zero para cada membro adulto qualificado do agregado familiar.

Você pode enviar sua inscrição preenchida em qualquer local da Amoskeag Health durante o horário comercial normal, Segunda a sexta das 8h às 17h. Ou você pode enviar sua inscrição para Amoskeag Health, 145 Hollis St. Manchester, NH 03101, Attn: Departamento de Acesso ao Paciente.

Se você tiver alguma dúvida ou precisar de ajuda para preencher sua inscrição, temos equipe disponível para ajudá-lo de segunda a sexta-feira, das 9h às 14h, em nossa localização na 145 Hollis St.

Amoskeag Health is a nonprofit, federally qualified health center dedicated to improving the health and wellbeing of patients and communities through comprehensive healthcare services.

145 Hollis St. Manchester, NH 03101 • (603) 626-9500 • www.amoskeaghealth.org

APLICAÇÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS DESLIZANTE



INFORMAÇÕES DO CANDIDATO

PRÓPRIO NOME _____ ULTIMO NOME _____ DATA DE NACIMENTO (MES/DIA/ANO) _____

ENDEREÇO _____ CIDADE/ESTADO/CEP _____ TELEFONE _____

Você tem seguro de saúde? Não Sim – Seguradora: _____

Você se inscreveu para o NH Medicaid? Não Sim Sim, mas cobertura negada

INFORMAÇÕES DOMICILIARES

Número total de moradores no domicílio: _____

Por favor, liste a si mesmo, cônjuge (ou outra pessoa significativa) e todos os dependentes abaixo. (Adicione qualquer adicional no verso):

Nome: _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento: Requerente/Self

Nome: _____ Data de nas: _____ Paciente? Y N / Relação: _____

Nome: _____ Data de nas: _____ Paciente? Y N / Relação: _____

Nome: _____ Data de nas: _____ Paciente? Y N / Relação: _____

Nome: _____ Data de nas: _____ Paciente? Y N / Relação: _____

RENDA FAMILIAR

Lucro bruto ajustado sobre os impostos mais recentes declarados: \$ _____ Ano fiscal: _____

Por favor, preencha esta tabela para informar todas as fontes atuais de renda para os membros do domicílio com 18 anos ou mais.

A renda listada é (círculo um): Anual Mensal Semanal			
FONTE DE RENDA	Pessoa 1 Nome:	Pessoa 2 Nome:	Pessoa 3 Nome:
Emprego	\$	\$	\$
Auto-Employment	\$	\$	\$
Prestações de desemprego	\$	\$	\$
Aposentadoria ou Pensão	\$	\$	\$
Segurança social	\$	\$	\$
Deficiência (não inclui SSI)	\$	\$	\$
Renda de aluguel ou royalties	\$	\$	\$
Outras Receitas	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$
Ou anexar formulário de renda zero	<input type="checkbox"/> Sem Renda	<input type="checkbox"/> Sem Renda	<input type="checkbox"/> Sem Renda
Documentação incluída com todas as fontes de renda?	<input type="checkbox"/> Todos os documentos anexados	<input type="checkbox"/> Todos os documentos anexados	<input type="checkbox"/> Todos os documentos anexados

Assinando:

- Certifico que todas as informações que envie são verdadeiras e estou autorizando a Amoskeag Health a verificar essas informações e liberá-las para provedores de cuidados de referência / mútuos.
- Concordo em permitir que a Amoskeag Health compartilhe dados demográficos e de renda com concedentes municipais, estaduais, federais e privados, conforme necessário.
- Entendo que sou financeiramente responsável por todas as faturas de serviços antes da conclusão e aceitação deste pedido e se o meu pedido for negado.
- Entendo que devo pagar o valor da Escala de Taxa Deslizante com desconto quando estiver no centro de saúde para serviços, se meu pedido tiver sido aprovado.
- Concordo em notificar a Amoskeag Health sobre quaisquer alterações na minha renda, domicílio ou status de seguro.
- Compreendo que devo recandidatar-me à tabela de honorários deslizantes até à minha data final.
- Entendo que a Amoskeag Health é regulada por políticas e regulamentos do governo federal, e é considerado ilegal deturpar ou alegar falsamente informações imprecisas sobre este aplicativo.

Assinatura do Requerente _____

Data (MES/DIA/ANO) _____

Assinatura do Cônjuge/Companheiro (se aplicável) _____

Data (MES/DIA/ANO) _____

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: _____



FORMULARIO DE RENDA ZERO

Nome da pessoa sem renda _____ Data de nascimento: _____
(MES/DIA/ANO)

Eu, _____ declaro que não tenho fonte de renda.

Moro em:

Minha própria casa/apartamento Você recebe auxílio-moradia ? Não Sim, se sim anexar documentação

Mora com parente(s) ou amigo – Nome da pessoa com quem vive: _____

Abrigo/Moradia de transição

Outro: _____

Você recebe assistência pública (SNAP, TANF, Puericultura, etc.): Não Sim, se sim anexar documentação

Preencha este quadro com suas despesas dos últimos três meses. Se alguém o ajudou com as despesas durante esses três meses, peça-lhe que assine este formulário. Isso inclui pagar a despesa diretamente, dar-lhe dinheiro para pagar a despesa ou dar-lhe o serviço necessário gratuitamente.

RELATÓRIO DE DESPESAS DE PRATELEIRA DE 3 MESES	Mês: (exemplo) Janeiro		Mês:		Mês:		Mês:	
	Custar	Who Paid?	Custar	Who Paid?	Custar	Who Paid?	Custar	Who Paid?
Habitação	Grátis	Som						
Água e/ou Elétrica	Incluso	Som						
Calor	Incluso	Som						
Alimento	\$150	SNAP						
Transporte	\$25	Som						
Telefone/Internet	\$40	Som						
Médico	Nenhum	N/A						
Outro	Nenhum	N/A						

O(s) nome(s) e a(s) assinatura(s) do(s) proponente(s) de assistência devem ser fornecidos abaixo:.

Pessoas que te ajudaram com despesas nos últimos três meses:

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: _____

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: _____

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: _____

Coisas importantes a saber:

- Este formulário deve ser preenchido completamente; Não poderemos processar seu pedido se você deixar partes dele em branco.
- Se você precisar nos contar mais sobre sua situação, sinta-se à vontade para anexar uma carta ou declaração a esta planilha ou agendar uma reunião com uma de nossas equipes de acesso ao paciente.
- Se você receber assistência de outras agências, como DHHS ou sua cidade, anexe cópias de qualquer documentação que comprove a assistência fornecida a você.

Ao assinar abaixo, atestou que não tenho renda, e:

- Li o formulário acima e todas as informações estão corretas.
- Entendo que a não divulgação integral dos meus verdadeiros rendimentos é considerada um ato de fraude, punível por lei. Dou permissão à Amoskeag Health para investigar as informações fornecidas neste aplicativo.
- Entendo que, se aprovada essa declaração de renda zero só terá validade de 6 meses, após o qual precisarei renovar meu pedido.
- Também entendo que, se minha renda mudar, sou obrigado a notificar o Centro de Saúde e posso ser obrigado a preencher um requerimento atualizado.

Certifico que todas as informações acima são verdadeiras e corretas.

Assinatura: _____ Data: _____

(MES/DIA/ANO)

Office Use Only

Date received: _____

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