



Programa de tarifas de descuento deslizante Información y aplicación

¿Qué es el Programa de Tarifas de la Escala de Descuento Móvil?

La Lista de Tarifas de la Escala de Descuento Móvil (SDS) es parte de un programa federal (Centros de Salud Federalmente Calificados - FQHC) que permite a Bay Clinic, LLP descontar los cargos normales por visitas médicas para nuestros pacientes calificados según el tamaño del hogar y los ingresos del hogar. Para calificar para el programa, los pacientes deben proporcionar prueba de ingresos por debajo del 200% del nivel federal de pobreza actual.

La elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable solo se basa en el tamaño de su familia y sus ingresos.

El tamaño de la familia se define como un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio, adopción o uniones legales (es decir, parejas de hecho) que viven juntas; todas esas personas relacionadas se consideran miembros de una familia. Esto incluye a los estudiantes, independientemente de su residencia, que son apoyados por sus padres u otras personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, o uniones legales (es decir, parejas de hecho). La autodeclaración se utiliza para el tamaño de la familia.

Los ingresos se definen como el total de los ingresos anuales en efectivo, antes de impuestos, de todas las fuentes, incluidos los sueldos y salarios antes de cualquier deducción, los ingresos netos del trabajo por cuenta propia, los pagos regulares de seguro social, la compensación por desempleo, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, las asignaciones familiares militares, las pensiones y los pagos regulares de seguros o anualidades, dividendos, intereses, ingresos netos por alquiler. La documentación para respaldar los ingresos son talones de pago, declaración de impuestos federales reciente, copia del formulario W2, verificación de ingresos brutos completada por el empleador y/o copias de estados de cuenta bancarios. Se puede utilizar otra documentación si es necesario y si es aprobado por el Gerente del Centro Clínico. Si no puede proporcionar información sobre sus ingresos, puede autodeclarar sus ingresos completando el formulario de autodeclaración.

En el momento del servicio, se debe pagar un pago nominal para todos los pacientes cuya solicitud esté pendiente, dependiendo del tipo de servicio y los ingresos.

****Cualquier servicio que se considere no médicamente necesario (incluidos los servicios cosméticos) NO se descontará.****

Usted y los dependientes elegibles en su hogar pueden calificar para los servicios con descuento proporcionados por Bay Clinic, incluso si tiene seguro o Medicare. Para ver si califica para servicios con descuento, complete la información en la siguiente página.

Si necesita ayuda, nuestro personal puede ayudarlo a completar la solicitud.

Puede programar una cita y recibir servicios antes de que se apruebe su solicitud.



Solicitud de tarifa variable

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Dirección para correspondencia: _____

Número de personas que viven en su familia (como se definió anteriormente): _____

Ingreso mensual total del hogar antes de impuestos: _____

Por favor, haga una lista de todas las personas de su hogar/familia para las que está solicitando: (Incluyéndote a ti mismo)			
Nombre	DOB	Ingreso Bruto Mensual	Fuente de ingresos

Proporciono lo siguiente como comprobante de ingresos. Por favor, marque todo lo que corresponda.

COMPROBANTE DE INGRESOS		COMPROBANTE DE INGRESOS	
Impuestos del año anterior	<input type="checkbox"/>	Apoyo de un miembro de la familia	<input type="checkbox"/>
Sueldos y salarios (o recibos de pago)	<input type="checkbox"/>	Fondos de Pensiones	<input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/>	Beneficios de VA	<input type="checkbox"/>
Trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia/manutención de los hijos	<input type="checkbox"/>
Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/>	Becas/Subvenciones	<input type="checkbox"/>
Asistencia Pública (EBT/TANF)	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>
Discapacidad o Seguro Social	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autodeclaración (no puedo proporcionar comprobante de ingresos) **			

**Si eliges la opción de autodeclaración como comprobante de ingresos, debes completar el Formulario de Verificación de Ingresos Alternativos. Pídale a un miembro del personal por el formulario y completelo.

¿Tienes seguro médico? SI NO En caso afirmativo, traiga sus tarjetas en cada visita.

Nombre del plan: _____ ID de miembro: _____ Deductible _____



Formulario de Autorización y Liberación

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos del hogar es precisa y correcta, que yo sepa. Estoy de acuerdo en que proporcionar información incorrecta o falsificada u omitir información relevante puede descalificarme del Programa de Descuento de Tarifa Variable.

Entiendo que puedo proporcionar prueba de ingresos o autodeclarar mis ingresos.

Entiendo que parte de la información que proporciono está protegida por la ley federal y / o estatal, y este comunicado permite a Bay Clinic, LLP y su representante verificar solo la información financiera necesaria para determinar la elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable.

Por la presente, libero y eximo de responsabilidad a todas las personas que proporcionen información para verificar mis ingresos. Acepto actualizar los ingresos de mi hogar y el tamaño de mi familia cada 12 meses o cuando cambien.

Al firmar este formulario, acepto pagar mi parte de las tarifas por cada visita y que la tarifa puede ajustarse en función de mi solicitud de tarifa variable. Me pondré en contacto con Bay Clinic, LLP si necesito establecer un plan de pago.

Entiendo que Bay Clinic, LLP trabaja con otros socios de atención médica que pueden reducir sus tarifas por servicios y que su escala móvil de tarifas puede diferir de las tarifas de Bay Clinic, LLP.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Firma

Fecha

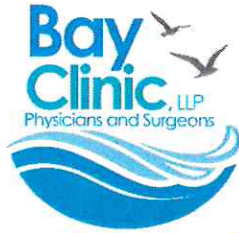
SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Tasa de escala móvil Approved _____ aprobada By _____ efectiva Date _____ vencimiento

Date _____

Cuenta del paciente Number _____

Notas:



1750 THOMPSON RD BAHÍA DE COOS, OR 97420
TELÉFONO: 541-269-0333 FAX: 541-269-7389

Formulario de Verificación de Ingresos Alternativos del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Solo complete este formulario si ha marcado la opción de autodeclaración en la solicitud del Programa de descuento de tarifa variable.

Nombre: _____ Telefono de casa : _____ Teléfono móvil: _____
DOB: _____

Dirección postal: _____

Número de personas que viven en su familia informadas en su Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable: _____

Ingreso mensual total del hogar antes de impuestos: _____

No puedo proporcionar prueba de mis ingresos. Por favor, dé una breve declaración de por qué no puede proporcionar pruebas y cómo paga actualmente sus gastos de manutención.

Por la presente, presento a Bay Clinic LLP mi información de ingresos no verificada para que se utilice para determinar mi elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable. Estoy de acuerdo en que al proporcionar información incorrecta o falsificada o al omitir información relevante, puedo ser descalificado del Programa de Descuento de Tarifa Variable.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____ Número de cuenta del paciente: _____

Notas: