

SOLICITUD DE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA

Es política de **Fetter Health Care Network (FHCN)** brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de brindarle un descuento en nuestros servicios prenatales, médicos, dentales y de obstetricia, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Su respuesta se mantendrá en archivo y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos por lo menos cada doce (12) meses. Traiga declaraciones anuales de impuestos sobre la renta, talones de cheques de pago del último mes, copias de su carta de adjudicación del Seguro Social u otros documentos respaldados que pueda recibir como prueba de los ingresos familiares. Solo se usarán el tamaño de la familia y el crecimiento anual de los ingresos para determinar su elegibilidad y calcular su descuento. Entiendo que es posible que deba completar un formulario de recertificación de declaración de trabajo. Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en FHCN. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Información de la Cabeza o responsable del Hogar

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Lugar de Trabajo:

Telefono (Casa): Telefono Celular: Otro:

Correo electronico:

Direccion: Ciudad: Estado/Código postal:

PORFAVOR ENLISTE CONYUGE, DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS, Y ALGUN OTRO MIEMBRO DEL HOGAR.

	Nombre	Fecha de Nacimiento		Nombre	Fecha de Nacimiento
Usted			Dependiente		
Conyuge/Pareja			Dependiente		
Dependiente			Dependiente		
Dependiente			Dependiente		
Miembros del Hogar			Miembros del Hogar		

INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Fuente de Ingreso	Usted	Conyuge/Pareja	Otro	Total
<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pago de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos, regalías de alquiler, ingresos por sucesión, fideicomiso, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa al hogar y otras fuentes misceláneas.				
Ingreso Total				

Nota: Se requerirán copias de declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.



Yo, Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Acepto que cualquier información engañosa o falsificada, y/u omisiones pueden descalificarme de una mayor consideración para el programa de tarifas variables. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifa de descuento bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de los programas médicos, dentales y obstétricos/prenatales de Fetter Health Care Networks.

Nombre del Paciente _____ Fecha: _____

Firma del paciente o Responsable _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA

Como centro comunitario de atención médica, Fetter Health Care Network ofrece un descuento en la tarifa variable a todos los pacientes. Este beneficio puede ayudar a reducir el costo de los servicios médicos y dentales proporcionados por Fetter Health Care Network y hacer que los medicamentos sean más asequibles en nuestra farmacia. Cualquier paciente, con o sin seguro, puede presentar una solicitud y la calificación se basa en los ingresos y el tamaño del hogar. Si está interesado en completar una solicitud o desea obtener más información, tómese un momento para ver la tabla a continuación para ver si puede calificar. Me gustaría obtener más información sobre el programa de tarifa variable.

Si No, Si respondió No indique la razón: _____

Medico		Si se determina que se necesitan otros laboratorios según el diagnóstico del paciente, se analizarán los cargos adicionales con el paciente.
Categorías	Cargo	
100% Poverty	\$30	
101%- 133% Poverty	\$35	
134%- 150% Poverty	\$40	
151%- 200% Poverty	\$50	
> 200%	No aplica para programa de descuento	

Dental			Si determina que la higiene oral no está en el tratamiento básico, se discutirá con el paciente un tratamiento alternativo. Se proporcionará barniz de flúor durante las visitas de los niños con un costo adicional para mayores de 18 años. Si se consideran necesarias radiografías adicionales, el costo se discutirá con el paciente.
Categorías	Cargo (entre 2-17 años)	Cargo (18 años o +)	
100% Poverty	\$50	\$50	
101%- 133% Poverty	\$60	\$60	
134%- 150% Poverty	\$70	\$70	
151%- 200% Poverty	\$80	\$80	
> 200%	\$100	\$100	

Obstetricia/Prenatal			Si se determina que se necesitan otros análisis de laboratorio según el diagnóstico del paciente o el trimestre del paciente, se analizarán los cargos adicionales con el paciente.
Categorías	Cargo inicial de la visita	Cargo por visita de regreso	
100% Poverty	\$180	\$65	
101%- 133% Poverty	\$185	\$70	
134%- 150% Poverty	\$190	\$75	
151%- 200% Poverty	\$195	\$80	
> 200%	\$200	No aplica para programa de descuento	

Farmacia			El paciente debe programar una cita con el Navegador de pacientes para completar la solicitud de del programa de "Well Vista" dentro de los 15 días posteriores a la recepción del descuento.
Categorías	30 días de suministro	Suministro para 90 días*	
100% Poverty	\$0.00-\$3.00	\$0.00-\$9.00	
75% Poverty	\$3.01-\$8.00	\$9.01-\$18.00	
50% Poverty	\$8.01-\$16.00	\$18.01-\$27.00	
25% Poverty	\$16.01-\$24.00	\$27.01-\$36.00	
0%	No aplica para programa de descuento	No aplica para programa de descuento	

Entiendo que, al seleccionar NO arriba, soy responsable del pago total de los servicios médicos y dentales. También tendré que pagar por los medicamentos surtidos en la Farmacia de Fetter Health Care Network.

Autorizo la divulgación de información sobre la continuación de la atención y/o cualquier pago por servicios. Autorizo que se pueda usar una copia del documento como documento original. Certifico que esta información es verdadera y correcta en la medida de mis posibilidades.

Nombre impreso:

Firma:

Fecha:



SOLICITUD DE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA

Programa de descuento de tarifa

Según la información del hogar y los ingresos proporcionada por el paciente, la categoría será:

Pobreza 100%

- 100 101%- 133% 134%- 150% 151%- 200% 200%

Expectativas de Pago

Fetter Health Care Network ofrece muchas opciones para que los pacientes minimicen las barreras financieras a una atención saludable y completa. Como cortesía, el personal de la oficina solicitará todos los seguros, incluidos Medicaid y Medicare. Sin embargo, se espera que pague su copago estimado en el momento del servicio. Si su seguro, Medicaid o Medicare no paga parte o la totalidad de los servicios, usted es responsable del saldo. Nos dimos cuenta de que una situación financiera temporal puede afectar los pagos oportunos de sus cuentas. Si surge un problema de este tipo, lo alentamos a que se comunique con nosotros de inmediato para obtener asistencia y administrar su cuenta.

Agendar, Cancelar, y No asistir a citas

FHCN espera que se registre veinte (20) minutos antes de la hora programada para su cita. A los pacientes que lleguen quince (15) minutos tarde a las citas programadas se les pedirá que esperen en el vestíbulo mientras el personal de recepción revisa el horario del proveedor para determinar si el paciente puede ser atendido en ese momento o más tarde. Para acomodar a los pacientes que llegan tarde a la cita programada, pueden ser atendidos por otro proveedor. Una cita debe cancelarse al menos 24 horas antes de la hora de la cita o se considerará una "ausencia". Después de tres ausencias, se le cobrará al paciente una tarifa de \$5. Se cobrará una tarifa de \$10 por cada procedimiento dental programado que no se presente.

Referencia de Especialistas

Su tratamiento puede requerir servicios que no se pueden brindar en Fetter Health Care Network. En este caso, será derivado a otro especialista para la finalización de su tratamiento. Los acuerdos de pago deben hacerse con la oficina del especialista antes de su primera visita. Es posible que las tarifas variables no se apliquen a proveedores externos.

. Nombre del Paciente _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____