

PROGRAMA DE DESCUENTO



El Programa de descuento de Neighborcare Health sigue normas federales basadas en el número de integrantes de la familia, e ingresos de cada miembro. **Los pacientes deben:**

- Hacer una cita con el especialista de elegibilidad, para completar la solicitud. Todos los documentos aceptables presentados para su verificación o prueba deben ser válidos (actuales y vigentes).
- Proporcionar prueba de el número familiar, ingreso familiar de todos los miembros y otra información de identificación.

Las solicitudes y todos los documentos presentados deben ser válidos y vigentes y se deben dar en persona, a través de una cita con un especialista en elegibilidad. No recibimos solicitudes por correo, electrónicos o por fax; tampoco puede dejar los documentos en la recepción de las clínicas.

DOCUMENTACIÓN SOBRE EL NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y EL INGRESO FAMILIAR:

- Copia del formulario de declaración de impuestos forma 1040 del año actual.** (Si los dependientes o esposo/a no se encuentran en la declaración, proporcione actas de nacimiento o de matrimonio).
- Copia de ingresos brutos, devengados gravables, de los últimos (30) días.** Por ejemplo, comprobantes de pago/salarios y propinas/gratificaciones, pagos retroactivos, trabajo por cuenta propia, ingresos por pasatiempos, entre otros e ingresos no asalariados, tal como: ingresos a partir de intereses, dividendos, ganancias de capital, pensión, renta, regalías e ingresos extranjeros, desempleo, pensión conyugal, distribución de cuenta individual de retiro, anualidades, ganancias de casino, entre otros), salario militar devengados gravables, de cada integrante de la familia que trabaje.
- Otros documentos pertinentes:**
 - Carta de su empleador donde declare su ingreso mensual en bruto (emitida en los últimos 30 días).
 - Copia de los últimos dos comprobantes de la indemnización por desempleo (si lo está recibiendo).
 - Carta de apoyo personal o de empresa, y una declaración firmada por el integrante de que no cuenta con ingreso alguno.

VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD:

- Una identificación actual con fotografía, tal como licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el estado, identificación del ejército, o similares con nombre y fecha de nacimiento.

Por favor, proporcione la información requerida (o cualquier otro documento que solicite Neighborcare Health, según cada caso) dentro de un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la primer visita de cada integrante familiar, sin cobertura o pague el monto total de los cargos el día de hoy.

- Opto por no proporcionar información sobre mis ingresos y entiendo que deberé pagar el monto total por los servicios recibidos.**

INCLUYA SUS DATOS Y LOS DE TODOS LOS DEPENDIENTES DE SU HOGAR:

Nombre:		Fecha de Nac.:		Nombre:		Fecha de Nac.:	
Nombre:		Fecha de Nac.:		Nombre:		Fecha de Nac.:	
Nombre:		Fecha de Nac.:		Nombre:		Fecha de Nac.:	

SI ESTÁ ASEGURADO, POR FAVOR INDIQUE LA INFORMACIÓN PERTINENTE SOBRE EL SEGURO MÉDICO:

Aseguradora:		Nombre del paciente:					
Número de póliza:		Número de grupo:					
Teléfono de la aseguradora:		Teléfono del trabajo:					
Relación con el asegurado:		FECHA DE NAC. del asegurado:	//	(sexo) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Entiendo que la información anterior y acepto proporcionar los datos necesarios para verificar el número de integrantes e ingreso familiar y mi identidad. Entiendo que de no proporcionar esta información dentro de un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir del día del primer día de servicios de cada integrante familiar, sin cobertura alguna, se me cobrará la tarifa completa. Acepto pagar todos los costos que no cubra mi aseguradora.

El Programa de descuento de Neighborcare Health no cubre recetas médicas, vacunas, copagos (incluyendo copagos relacionados con planes de seguro administrados), deducibles, anticonceptivos costosos (por ejemplo, DIUs) y servicios de obstetricia. Si está embarazada, por favor, programe una cita con el personal pertinente para determinar si califica, ya sea para seguro patrocinado por el estado o Medicaid. Si no califica, se le solicitará firmar un Acuerdo Prenatal y establecer un plan de pagos. Para obtener más información, por favor comuníquese con un Especialista en Cuentas de Pacientes al teléfono (206-548-3100).

Firma		Fecha solicitada:		Fecha verificada:	
Nombre del paciente en letra de molde		Fecha de vencimiento:		Núm. de expediente/ Cuenta núm.:	
Teléfono principal		Número de integrantes de la familia:		Ingreso anual:	
Correo electrónico personal		Registrado en el sistema por:		Escala:	
				Fecha:	