

PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA FLEXIBLE



El programa de descuento de tarifa flexible de Neighborcare Health sigue las pautas federales basadas en el tamaño de la familia y los ingresos. Los pacientes necesitan:

- Hacer una cita con un especialista para determinar si cumple con los requisitos y completar una solicitud.
- Proporcionar un comprobante con información sobre el tamaño de la familia, del ingreso bruto del hogar y de los datos de identidad de todas las personas que contribuyen al ingreso del hogar.

Las solicitudes y las copias impresas de los documentos de respaldo deben entregarse directamente al especialista que determina si cumple con los requisitos o a un miembro del personal de recepción de su clínica. No se pueden enviar por correo ni por fax.

EJEMPLOS DE LOS DOCUMENTOS QUE DEMUESTRAN EL INGRESO FAMILIAR:

- Comprobante de los ingresos brutos de 30 días de cada miembro del hogar que contribuye a los ingresos. En concreto, todos los tipos de ingresos laborales y no laborales. Los ejemplos incluyen: Formulario de impuestos federales 1040, talones de pago/salarios y propinas/pago atrasado, bonificaciones, pago militar, trabajo por cuenta propia, ingresos por pasatiempos, compensación por servicios personales, ingresos por intereses o anualidades, dividendos, ganancias de capital, pensión, alquiler, regalías e ingresos extranjeros, últimos dos talones de cheques de desempleo, pensión alimenticia, distribuciones de IRA, etc.
- Si no tiene ingresos, proporcione una carta de apoyo o referencia de una organización/individuo y una declaración firmada de cero ingresos.

VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD:

- Identificación con foto actual, como licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el estado, identificación militar, etc.

Proporcione la información mencionada anteriormente (o cualquier otra documentación que necesite Neighborcare Health, caso por caso) en un plazo de cuarenta y cinco (45) días después de su visita con su proveedor, o deberá pagar el monto total de esos cargos.

- Elijo no proporcionar información sobre los ingresos y entiendo que seré responsable del pago total de los servicios prestados.

ESCRIBA EL NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR, INCLUYÉNDOSE USTED:

Nombre:		Fecha de nacimiento:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI TIENE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO:

Nombre de la aseguradora:		Nombre del titular/ Nombre del paciente:	
Número de póliza:		Número de grupo:	
Teléfono de la aseguradora:		Teléfono del trabajo:	
Relación con el/la titular:		Fecha de nacimiento del titular:	/ / (sexo) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Entiendo la información anterior y acepto que proporcionaré comprobantes de la información para verificar el tamaño, los ingresos y la identidad personal de los miembros del hogar que contribuyen a los ingresos. Entiendo que si no proporciono esta información en un plazo de cuarenta y cinco (45) días después de mi visita con mi proveedor, se me cobrará la tarifa completa. Acepto pagar todos los costos no cubiertos por mi compañía de seguros.

El programa de descuento de tarifa flexible de Neighborcare Health no cubre vacunas, anticonceptivos de alto costo (p. ej., DIU) ni servicios de obstetricia.

Si está embarazada, programe una cita con el departamento de verificación de requisitos para determinar si califica para un seguro patrocinado por el estado o Medicaid. Si no califica, se le pedirá que firme un Acuerdo Prenatal y establezca un plan de pago. Comuníquese con un especialista en cuentas de pacientes (206-548-3100) para obtener más información.

Firma		Date Requested:		Date Verified:	
Nombre del/de la paciente en letra de imprenta		Expiration Date:		MRN/ Account #:	
Teléfono principal		Household Size:		Yearly Income:	
Correo electrónico privado		Entered in system by:		Scale:	
				Date:	