

Solicitud para la escala de tarifas flexible

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección de Correo: _____
Apartado de correos o calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Email: _____

_____ Tengo seguro de salud a través de _____
 (Si usted tiene seguro de salud, le enviaremos la cuenta a su aseguradora y aplicaremos el descuento al balance pendiente)
 _____ No tengo seguro de salud

INGRESOS DE LA FAMILIA

Anote a TODOS LOS MIEMBROS del hogar (incluido usted). Incluya a todos los que contribuyen con el sostenimiento de su hogar y a todos aquellos por los que usted sea responsable financieramente o que usted reclama en su declaración de impuestos.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Tipo de ingreso (leer abajo)
		<i>Solicitante</i>	

TIPOS DE DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS REQUERIDOS

*Se requiere verificación escrita de cada fuente de ingresos dentro de 30 días para procesar su solicitud para la escala de tarifas flexible. Sin esa verificación, no recibirá los descuentos. Se espera que deje un depósito de \$95 antes de recibir el servicio. La verificación de ingresos debe incluir el INGRESO BRUTO. Las formas aceptadas de verificación escrita de ingresos incluyen:

Empleado

Declaración de impuestos federales del año anterior
 Semanal: Cuatro talones de pago consecutivos
 Quincenal: Dos talones de pago consecutivos

Empleado independiente

Formulario 1040 (no Schedule C): el más reciente
 Declaración de impuestos comerciales o personales federales
 Verificación de pago en efectivo para el formulario de atención médica

Desempleado

Carta de determinación de desempleo

Discapacitado

Carta de discapacidad del seguro social (año en curso)

Jubilado

Carta de reconocimiento del seguro social (año en curso)
 Documentación de pensionado

Pensión por manutención de menores/alimenticia

Documento legal que muestre la cantidad que recibe por asistencia

Otros

Otra forma de ingresos no descritos en esta lista

Sin ingresos

Formulario de Cero ingresos cuando no se recibe ningún ingreso
 Extracto de cuenta bancaria

RESPONSABILIDADES Y TÉRMINOS DEL SERVICIO

Certifico que toda esta información es verdadera y completa hasta lo que sé. Entiendo que cualquier información falsa sobre el tamaño de la familia y/o información financiera resultaría en la pérdida de elegibilidad para todos los miembros de la familia. Yo entiendo perfectamente que soy responsable por los servicios médicos, dentales y/o de laboratorio hasta entregar la verificación escrita de ingresos para cada miembro de la familia listado arriba.

Firma del solicitante

Fecha

Solicitud rechazada

Programa de descuentos de escala de tarifas flexible
Compromiso del paciente

Yo estoy de acuerdo con que lo siguiente se me ha explicado:

1. Este programa solamente cubrirá los servicios médicos necesarios que sean ordenados y realizados por el personal de CCHS.
2. Los exámenes físicos para empleo, escuela o deportes no están cubiertos por este programa si los cargos son pagados por el empleador, la escuela o el equipo de deportes.
3. Los servicios de laboratorio efectuados en este centro médico están cubiertos por el Programa de descuentos de la escala de tarifas flexible y se tendrán que enviar a LabCorp. Las solicitudes para la escala de tarifas flexible que se encuentren pendientes no califican para este servicio.
4. Este programa tiene cobertura limitada para los servicios radiológicos. Este programa tampoco paga por hospitalizaciones o servicios de sala de emergencias en ningún caso.
5. Las tarifas de laboratorio de prótesis dentales y coronas no son elegibles para los descuentos de la escala de tarifas flexible. Estos precios se determinan por el costo real.
6. Los costos de los anticonceptivos removibles de larga duración no están cubiertos.
7. El tiempo efectivo de mi participación en este programa lo decidirá CCHS. Su inscripción es generalmente por un año.
8. Me comprometo a notificar a CCHS si mi nivel de ingresos o número de miembros de mi familia cambian antes de que sea tiempo para la renovación de mi/nuestra inscripción a este programa.
9. Entiendo que es necesario traer documentación de prueba de ingresos de las personas listadas en mi solicitud. También entiendo que el personal de CCHS puede requerir verificación de ingresos en cualquier momento durante mi/nuestra participación en el programa.
10. Todos los ingresos están sujetos a verificación.
11. Entiendo que me pueden derivar a uno de los trabajadores de servicio comunitario (CWS) de CCHS para asistencia de elegibilidad en programas adicionales.
12. El pago de los costos de la escala de tarifas flexible se debe pagar al momento de recibir el servicio.

Firma _____

Fecha _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



Programa de descuento de tarifa variable
Evaluación del programa

Sus comentarios pueden ayudar a Choptank Community Health a satisfacer mejor sus necesidades. Díganos cómo podemos mejorar:

1. ¿Qué servicios utiliza actualmente en Choptank?

- a. Medicina
- b. Odontología
- c. Salud del comportamiento
- d. Medicina y odontología
- e. Medicina, odontología y salud del comportamiento

2. ¿Puede pagar la "tarifa de visita al consultorio" que se le cobró durante su última visita a Choptank?

- a. Sí
- b. No

3. La tarifa de "visita al consultorio" (también llamada tarifa variable) impide que mi familia o yo accedamos a los servicios de atención de la salud en Choptank:

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

4. Si respondió "Siempre" o "A veces", cuéntenos más sobre cómo la tarifa de visita al consultorio crea una barrera para acceder a la atención de la salud:

5. ¿Cómo calificaría el valor de la atención que recibe en Choptank Health?

- a. Valor excepcional
- b. Valor moderado
- c. Poco o ningún valor

6. ¿Hay algo más que le gustaría decirnos sobre el programa de tarifa variable de "visita al consultorio", la asequibilidad de los servicios de atención de la salud o comentarios generales sobre Choptank Community Health?

¡Gracias por completar nuestra solicitud y evaluación de tarifa variable!