

SOLICITUD DE DESCUENTO DE LA ESCALA DE TARIFAS

Es política de Access Carroll proporcionar servicios de salud esenciales independientemente de la capacidad del paciente para pagar en el momento del servicio. Ofrecemos un descuento de la escala de tarifas a pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200% del Nivel Federal de Pobreza, y el descuento se basa en el tamaño del hogar y los ingresos del hogar. El nivel de descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en este centro de Access Carroll, pero no a los servicios o equipos adquiridos de entidades externas, incluidos los análisis de laboratorio de referencia, medicamentos, servicios de radiología y servicios de atención especializada. Complete completamente ambos lados de esta solicitud, firme el formulario y devuélvalo con los documentos que demuestren su elegibilidad

Tenga en cuenta que la información proporcionada en esta solicitud es válida por un año. Los pacientes son responsables de completar una nueva solicitud anualmente, antes del vencimiento de su solicitud actual.

Nombre completo del aplicante: _____

Fecha de nacimiento del aplicante: _____ Número de Identificación del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Primario: _____ Email: _____

Estado Marital: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

Indique todos los miembros del hogar y los ingresos correspondientes, según se define en la Lista de documentos que demuestran la elegibilidad y Cómo informar el tamaño e ingresos de su hogar de Access Carroll.

Nombres Completos de los Miembros del Hogar	Relacion con el solicitante	Fecha de Nacimiento	Ingreso Anual
	USTED MISMO		
Tamaño Total del Hogar: _____		Ingreso Total de su Hogar: _____	

Covertura de Seguro: ☐ Sin Seguro ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____

(No tendrá que pagar tanto el copago del seguro como la tarifa de la escala de descuentos. Pagará el monto que sea menor.)

ASEGURESE DE COMPLETAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO

Se requiere comprobante de ingresos (POI) de todas las personas del hogar que tengan 18 años o más Y que sean dependientes del paciente. Solo su primera visita recibirá un descuento basado en declaraciones verbales o información parcial. Todas las citas posteriores se cobrarán a la tarifa del 100% de TARIFA COMPLETA hasta que la elegibilidad para el descuento sea verificada con documentos de comprobación de ingresos (**consulte la lista de documentos que demuestran la elegibilidad**).

El miembro del personal de Access Carroll me ha explicado mi responsabilidad financiera. Entiendo que debo proporcionar la documentación necesaria para continuar recibiendo servicios con descuento en Access Carroll.

_____ Al colocar mis iniciales, confirmo que el comprobante de ingresos de mi hogar fue proporcionado hoy a Access Carroll.

O

_____ Al colocar mis iniciales, confirmo que no se requiere comprobante de ingresos de mi hogar porque tengo cobertura de Medicaid.

O

_____ Al colocar mis iniciales, confirmo que hoy no se proporcionó a Access Carroll ningún comprobante de ingresos del hogar. Mi Estimación de Buena Fe (GFE) TEMPORAL es válida únicamente para mi visita inicial. Las citas futuras se cobrarán al 100% de la TARIFA COMPLETA hasta que se proporcionen mis documentos de comprobación de ingresos.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa y que puede verificarse su exactitud. Entiendo que la falsificación y/o la omisión intencional de información contenida en esta solicitud dará lugar a la denegación de asistencia financiera

Entiendo que la determinación del nivel de descuento de la Escala de tarifas se aplicará a todos los miembros del hogar para todas las líneas de servicio en Access Carroll hasta el vencimiento de mi Estimación de Buena Fe (GFE) actual.

Entiendo que soy responsable de completar una nueva solicitud anualmente, antes del vencimiento de mi solicitud actual, según se indica en mi Estimación de Buena Fe (GFE).

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

NO ESCRIBA DEBAJO — ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL

☐ Patient instructed to bring in any required POI/eligibility documents at next appointment or 100% full fee will be charged until received. Notes: _____

☐ Proof of Income (POI) Documents Received Eligibility Documents Verified: ☐ Yes ☐ No

Received by Staff Name: _____ Initial Application Date: _____

NOTE: Upon receipt, POI verification and GFE level determination will be noted on GFE level form. A copy of the GFE form will be given to the applicant and uploaded into their EHR and will serve as their Sliding Discount Level for a period not to exceed 12 months.