



651 E Prescott · Salina, KS 67401

Medical: (785) 825-7251

Dental: (785) 826-9017

Pharmacy: (785) 452-3900

Aplicación para el Programa de Descuento

Es necesario pedir información personal y financiera de su hogar para poder ver si califica para servicios médicos y dentales. No compartiremos su información con otras agencias a menos que sea necesario para la coordinación del cuidado. Todas las tarjetas de descuento se vencen en seis (6) meses de la fecha que completó la aplicación al menos de otro modo dicho. A este tiempo, le pedimos que verifique sus ingresos al corriente y numero de personas relacionadas en el hogar para poder recibir servicios de descuento médicos y dentales.

Por favor note: Toda la Información que se necesita para aplicar tiene que ser presentada a la hora de la cita de la evaluación financiera para ser considerado para el Programa de Descuento. Si le hace falta cualquier información, se le pedirá que haga una nueva cita para la evaluación financiera.

Por favor llame al 785-825-7251 para hacer una cita para la evaluación financiera. Aplicaciones que se mandan por correo NO SE procrearán.

Información que necesita

- Comprobacion de ingresos para todos los miembros del hogar relacionados (Vea las instrucciones abajo)
- Identificación con foto o certificado de nacimiento para todos los miembros del hogar relacionados
- Declaración de Impuestos del año pasado
- Carta de negación del medicad si embarazada o menos de 19

De ser completada por quien esta aplicando

Nombre: _____

Fecha de hoy: ___/___/_____

Domicilio: _____

Numero de seguro social: _____-_____-_____

Cuidad, Estado, código: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Contado : _____

Numero de teléfono: _____-_____-_____

Ingresos del Hogar

Ingresos del hogar incluyen TODOS los ingresos para TODOS los miembros del hogar. Si no puede proporcionar verificación de ingresos para todos los adultos miembros del hogar, se les pedirá aquellos miembros de la familia que firmen un Formulario 4506-T del IRS para solicitar que se nos envíe una transcripción de la declaración de impuestos del año anterior de este adulto a Salina Family Healthcare Center.

Por favor de circular todas las que aplican a su hogar y proveer comprobación de ingresos corrientes de cada uno de las cosas circuladas.

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| Salario | Desempleo |
| Seguro Social | Ingresos de Jubilación |
| Alimony | Prestamos de Estudiante |
| Manutención del niño | Asistencia Alimentaría |
| Deshabilidad | Asistencia en efectivo |
| Empleado independiente | Ingresos de Interés |
| Tips o comisiones | Otro: _____ |

Cuantos miembros de la familia relacionados viven con usted ? _____
(Incluye esposo, hijos, tías, tíos, primos, suegros, etc.)

Alguien en el hogar esta embarazada? Si No

Office Use Only

Total number in household: _____

Screener Signature: _____

Annual household income: _____

Date: _____

Level: B C D E F

Miembros del Hogar

Llene toda la información para usted y todos los miembros de su familia relacionados que viven en su casa . Complete una caja de información por cada miembro relacionado de su hogar.

<u>Nombre</u>	<u>Usted mismo</u> Relacion	<u>fecha de nacimiento</u>	<u>Lenguaje</u>	<u>Numero de seguro social</u>	<u>Sexo legal (circule uno)</u> M F	
<u>Empleado</u>						
Esta persona tiene:						
		un numero de seguro social?	S	N		Circule la raza de esta persona
		Seguro medico?	S	N		Asiático
		Seguro dental?	S	N		Otro isleño pacífico
un agricultor estacional?	S N	Seguro dental?	S	N		Nativo de Hawaii
un veterano	S N	Medicare?	S	N		Negro/ Afroamericano
de origen hispano, latino, o español	S N	Seguro secundario?	S	N		Blanco
						Nativo American/o de alaska
						Mas de una raza

(Office Use Only)

<input type="checkbox"/> Rx	<input type="checkbox"/> MCR
<input type="checkbox"/> MCD	<input type="checkbox"/> DENT
<input type="checkbox"/> MED	<input type="checkbox"/> NONE
<input type="checkbox"/> HOLD	

<u>Nombre</u>	<u>Usted mismo</u> Relacion	<u>fecha de nacimiento</u>	<u>Lenguaje</u>	<u>Numero de seguro social</u>	<u>Sexo legal (circule uno)</u> M F	
<u>Empleado</u>						
Esta persona tiene:						
		un numero de seguro social?	S	N		Circule la raza de esta persona
		Seguro medico?	S	N		Asiático
		Seguro dental?	S	N		Otro isleño pacífico
un agricultor estacional?	S N	Seguro dental?	S	N		Nativo de Hawaii
un veterano	S N	Medicare?	S	N		Negro/ Afroamericano
de origen hispano, latino, o español	S N	Seguro secundario?	S	N		Blanco
						Nativo American/o de alaska
						Mas de una raza

(Office Use Only)

<input type="checkbox"/> Rx	<input type="checkbox"/> MCR
<input type="checkbox"/> MCD	<input type="checkbox"/> DENT
<input type="checkbox"/> MED	<input type="checkbox"/> NONE
<input type="checkbox"/> HOLD	

<u>Nombre</u>	<u>Usted mismo</u> Relacion	<u>fecha de nacimiento</u>	<u>Lenguaje</u>	<u>Numero de seguro social</u>	<u>Sexo legal (circule uno)</u> M F	
<u>Empleado</u>						
Esta persona tiene:						
		un numero de seguro social?	S	N		Circule la raza de esta persona
		Seguro medico?	S	N		Asiático
		Seguro dental?	S	N		Otro isleño pacífico
un agricultor estacional?	S N	Seguro dental?	S	N		Nativo de Hawaii
un veterano	S N	Medicare?	S	N		Negro/ Afroamericano
de origen hispano, latino, o español	S N	Seguro secundario?	S	N		Blanco
						Nativo American/o de alaska
						Mas de una raza

(Office Use Only)

<input type="checkbox"/> Rx	<input type="checkbox"/> MCR
<input type="checkbox"/> MCD	<input type="checkbox"/> DENT
<input type="checkbox"/> MED	<input type="checkbox"/> NONE
<input type="checkbox"/> HOLD	

<u>Nombre</u>	<u>Usted mismo</u> Relacion	<u>fecha de nacimiento</u>	<u>Lenguaje</u>	<u>Numero de seguro social</u>	<u>Sexo legal (circule uno)</u> M F	
<u>Empleado</u>						
Esta persona tiene:						
		un numero de seguro social?	S	N		Circule la raza de esta persona
		Seguro medico?	S	N		Asiático
		Seguro dental?	S	N		Otro isleño pacífico
un agricultor estacional?	S N	Seguro dental?	S	N		Nativo de Hawaii
un veterano	S N	Medicare?	S	N		Negro/ Afroamericano
de origen hispano, latino, o español	S N	Seguro secundario?	S	N		Blanco
						Nativo American/o de alaska
						Mas de una raza

(Office Use Only)

<input type="checkbox"/> Rx	<input type="checkbox"/> MCR
<input type="checkbox"/> MCD	<input type="checkbox"/> DENT
<input type="checkbox"/> MED	<input type="checkbox"/> NONE
<input type="checkbox"/> HOLD	



Miembros del Hogar

Llene toda la información para usted y todos los miembros de su familia relacionados que viven en su casa . Complete una caja de información por cada miembro relacionado de su hogar.

Nombre	Usted mismo Relacion	fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	Sexo legal (circule uno) M F	(Office Use Only)
Empleado						<input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?			S	N	Circule la raza de esta persona	
Seguro medico?			S	N	Asiático	Otro isleño pacífico
Seguro dental?			S	N	Nativo de Hawai	Negro/ Afroamericano
Medicare?			S	N	Blanco	Nativo American/o de alaska
Seguro secundario?			S	N	Mas de una raza	

Nombre	Usted mismo Relacion	fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	Sexo legal (circule uno) M F	(Office Use Only)
Empleado						<input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?			S	N	Circule la raza de esta persona	
Seguro medico?			S	N	Asiático	Otro isleño pacífico
Seguro dental?			S	N	Nativo de Hawai	Negro/ Afroamericano
Medicare?			S	N	Blanco	Nativo American/o de alaska
Seguro secundario?			S	N	Mas de una raza	

Nombre	Usted mismo Relacion	fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	Sexo legal (circule uno) M F	(Office Use Only)
Empleado						<input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?			S	N	Circule la raza de esta persona	
Seguro medico?			S	N	Asiático	Otro isleño pacífico
Seguro dental?			S	N	Nativo de Hawai	Negro/ Afroamericano
Medicare?			S	N	Blanco	Nativo American/o de alaska
Seguro secundario?			S	N	Mas de una raza	

Nombre	Usted mismo Relacion	fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	Sexo legal (circule uno) M F	(Office Use Only)
Empleado						<input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?			S	N	Circule la raza de esta persona	
Seguro medico?			S	N	Asiático	Otro isleño pacífico
Seguro dental?			S	N	Nativo de Hawai	Negro/ Afroamericano
Medicare?			S	N	Blanco	Nativo American/o de alaska
Seguro secundario?			S	N	Mas de una raza	



Aplicación Programa de Descuento

*Nuestro Programa de Descuento esta diseñado para ayudarle a usted a pagar por servicios dados por Salina Family Healthcare Center. Estos servicios incluyen médicos, dentales y salud mental.

*Las tarjetas del Programa de Descuento son buenas por seis (6) meses de la fecha al frente de la aplicación o de otro modo especificado. Esta aplicación está basada por las guías de pobreza proporcionadas anualmente por el gobierno de los E.E.U.U. Usted tiene que completar una nueva aplicación cada seis meses, o de otro modo solicitado por Salina Family Healthcare Center, a un si el tamaño de su hogar o ingresos no han cambiado. La información necesitada para aplicar tiene que ser dada cada vez que usted vuelve aplicar para el programa.

***Si el tamaño de su hogar o ingresos cambian en cualquier modo dentro del periodo de los seis meses que su tarjeta esta en efecto, es su responsabilidad de avisarnos. A este tiempo le piden que vuelva a aplicar.**

*Nada más podemos aplicar los honorarios de descuento para los servicios dados por proveedores de Salina Family Healthcare Center. No podemos descontar cargos del hospital, servicios de ambulancia, o doctores fuera de Salina Family Healthcare Center. Estudios del laboratorio y prescripciones médicas ordenadas por los doctores exteriores no se pueden descontar. Procedimientos del hospital no son conformes al descuento, pero admisión al hospital, citas de enseguida, y cargos de despedida del hospital por doctores de Salina Family Healthcare Center si son elegibles por el honorario de descuento. No podemos descontar otros servicios que puede recibir mientras este en el hospital, tales como radiografías, prescripciones, laboratorio, y otros servicios no *directamente* dados por uno de los doctores de Salina Family Healthcare Center.

*Los procedimientos internos que son electivos/no-preventivos no son elegibles para los honorarios de descuentos. Procedimientos electivos/no-preventivos son rutinariamente negados por Medicare, Medicaid, y seguro privado ya que no son considerados médicamente necesario. Ejemplos de procedimientos electivos/no-preventivos incluyen remover tatuaje, perforación, cirugía cosmética, acupuntura, visitas del cuarto de emergencia, prueba de MRI, etc. Por favor revise con nuestra oficina de negocio antes de su cita si usted tiene preguntas con respecto a cobertura de su procedimiento.

Firmando abajo, afirmo que la declaración de tamaño y los ingresos de la casa son verdad y exacto, y que todas las declaraciones hechas por mí en esta aplicación son ciertas.

Yo entiendo que:

- Los honorarios son debidos a la hora de servicio.
- Soy financieramente responsable por el precio completo de los procedimientos que son electivos/no-preventivos.
- Soy responsable de investigar sobre la cobertura de servicios con la oficina de negocio antes del tratamiento, no con el proveedor a la hora del tratamiento.
- El programa de Descuento no es una tarjeta de seguro.
- Debo volver a aplicar para el programa de descuento cada seis meses, y es mi responsabilidad recordar cuando esto es debido.
- Soy responsable de informar a Salina Family Healthcare Center cualquier cambio en el tamaño del hogar o ingresos. La falta de hacer esto puede dar lugar a la pérdida de elegibilidad de descuentos por hasta un año.
- Si califico para y soy cubierto bajo el programa de descuento, recibiré una tarjeta en el correo junto con una hoja con la explicación de los benéficos. Cubertura es definido como ser un paciente actual de la clínica (haber sido visto en la clínica dentro de los últimos 18 meses.)
- Si no califico para el programa de descuento, me avisaran por correo. Estoy aun bienvenido como paciente en Salina Family Healthcare Center, pero seré responsable por el precio completo de los servicios dados.

Salina Family Healthcare Center reserva el derecho de verificar cualquier información presentada, ya sea por un tercer partido o mediante el requisito por información adicional del solicitante. La información fraudulenta proporcionada durante el proceso de la evaluación financiera, puede ser pruebas para el despido de esta práctica y Salina Family HealthCare Center, procesará al grado más completo de la ley. Se pude contactar la oficina del Abogado General con respecto a información fraudulenta, comportamiento o la mala representación, por mandato federal. **Firmando abajo, reconozco que he leído la información de arriba, y que toda la información que he proporcionado en mi aplicación para el Programa de Descuento es cierta.**

Firma _____ Fecha: _____

Screening Signatura: _____