

Aplicación para el Programa de Descuento

Vea si puede pagar menos por nuestros servicios:

Llame al 785-825-7251 para programar una cita de evaluación financiera. No envíe su solicitud por correo.

Diseñamos nuestro Programa de descuento para ayudarle a pagar por los servicios que recibe en Salina Family Healthcare Center. Le descontamos para servicios médicos, dentales, farmacia y salud mental. Tenemos que preguntarle por los ingresos del hogar para ver si puede pagar menos por sus servicios. No compartiremos su información con otros lugares a menos que tengamos que hacerlo para su atención médica. Las tarjetas de descuento se vencen 6 meses después de la fecha de aprobación a menos que le indiquemos lo contrario. Después de que caduque, Usted tiene que aplicar de nuevo.

Debe traer toda la información necesaria a su cita para su evaluación financiera. Se le pedirá que programe una nueva cita para la evaluación financiera si no tiene todo en su primera cita.

Lo que usted necesita para aplicar:

- Prueba de ingresos de un mes para todos los miembros de la familia que viven en la casa (talones de pago)
- Identificación con foto o certificado de nacimiento para todos los familiares relacionados que viven en la casa
- Declaración de impuestos del año pasado.

DE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE	
Nombre del solicitante:	Fecha de hoy:
Domicilio;	# de seguro social:
Ciudad, estado ,codigo:	Fecha de nacimiento
Condado	telefono

Ingresos del hogar

El ingreso familiar incluye todo el dinero ganado por todos los miembros de la familia que viven en la casa. Los miembros de la familia incluyen relación por sangre o por matrimonio. Cualquier adulto que no pueda presentar comprobantes de ingresos debe firmar un formulario del IRS para solicitar un resumen de la declaración de impuestos del año pasado. Le ayudaran a completar el formulario del IRS durante su cita.

Por favor circule todo lo que los miembros de la familia en su casa reciben.

- | | | |
|------------------------|------------------------|-------------------------|
| Salarios | Desempleo | Seguro Social |
| Discapacidad | Alimony | prestamos de estudiante |
| Manutención del niño | Tips o comisiones | asistencia efectiva |
| Empleado independiente | Asistencia Alimentaria | Ingresos de Jubilación |
| Ingresos de interés | otro: _____ | |

¿Cuántos miembros de la familia viven en la casa? _____

(Incluya cónyuge, hijos, tías, tíos, primos, suegros, etc.)

¿Alguien en la casa está embarazada? Sí No

Miembros del Hogar

Office Use Only

Total number in household: _____

Date: _____

Annual household income: _____

Level: B C D E F

Screener Signature: _____

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 legal:		Relacion: Usted mismo	
Nombre preferido:		Lenguaje:	
Fecha de nacimiento: / /		Numero de seguro social: - -	
¿Qué sexo le asignaron al nacer?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido			
Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos		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"/> EC <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD	
Empleado:	Es esta person un agricultor estacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es esta person un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Esta persona tiene: Seguro medico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro dental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro visión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Esta persona tiene: Medicare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro secundario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Nombre legal:		Relacion:	
Nombre preferido:		Lenguaje:	
Fecha de nacimiento: / /		Numero de seguro social: - -	
¿Qué sexo le asignaron al nacer?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido			
Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos		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"/> EC <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD	
Empleado:	Es esta person un agricultor estacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es esta person un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Esta persona tiene: Seguro medico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro dental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro visión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Esta persona tiene: Medicare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro secundario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Nombre legal:		Relacion:	
Nombre preferido:		Lenguaje:	
Fecha de nacimiento: / /		Numero de seguro social: - -	
¿Qué sexo le asignaron al nacer?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido			
Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos		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"/> EC <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD	
Empleado:	Es esta person un agricultor estacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es esta person un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Esta persona tiene: Seguro medico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro dental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro visión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Esta persona tiene: Medicare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro secundario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Nombre legal:		Relacion:	
Nombre preferido:		Lenguaje:	
Fecha de nacimiento: / /		Numero de seguro social: - -	
¿Qué sexo le asignaron al nacer?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido			
Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos		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"/> EC <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> HOLD	
Empleado:	Es esta person un agricultor estacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es esta person un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Esta persona tiene: Seguro medico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro dental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro visión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Esta persona tiene: Medicare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro secundario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Información importante sobre el Programa de Descuento

1. Las tarjetas del Programa de descuentos no estarán activas hasta que vea a un proveedor médico y son válidas durante seis meses a partir de la aprobación, a menos que le indiquemos lo contrario. Utilizamos los rangos de ingresos proporcionados por el gobierno de los EE. UU. para calcular su descuento. Incluso si su información no cambia, debe completar una nueva solicitud cada seis meses. En ocasiones, debe completar una nueva solicitud antes del final de los seis meses. Le haremos saber si tiene que hacerlo. La lista de cosas bajo "Lo que necesita para aplicar" debe proporcionarse cada vez que aplica para el programa.
2. Solo descontamos los servicios ofrecidos por los proveedores de Salina Family Healthcare Center. No podemos descontar los cargos de una estadía en el hospital, servicios de ambulancia o médicos fuera de Salina Family Healthcare Center.
3. No descontamos procedimientos que no sean médicamente necesarios. Medicare, Medicaid y el seguro privado tampoco pagan los procedimientos que no son médicamente necesarios. Ejemplos de procedimientos que no son médicamente necesarios incluyen la eliminación de tatuajes, perforaciones, cirugía estética, etc.
4. Consulte con nuestra oficina de facturación antes de su cita si tiene preguntas acerca si tiene un descuento en su procedimiento. Su proveedor no sabrá qué servicios obtienen un descuento.
5. Debe pagar el precio total de los procedimientos que no son médicamente necesarios.
6. Si obtiene servicios con descuento, recibirá una tarjeta por correo junto con una hoja del resumen de los costos
7. Si no obtiene servicios con descuento, aún puede ser paciente en Salina Family Healthcare Center, pero tendrá que pagar el precio total de los servicios dados.
8. **Si cambia el número de personas que viven en su casa, debe informarnos. Si sus ingresos cambian, debe informarnos. Tendrá que volver a aplicar en ese momento. Usted puede perder su descuento si no lo hace.**
9. Tenemos el derecho de verificar cualquier información que nos proporcione, ya sea de un tercer partido o directamente de usted
10. Estamos obligados a comunicarnos con la Oficina del Fiscal General sobre información falsa o mal representación, según los requisitos federales.
11. Salina Family Healthcare Center presentará acciones judiciales por mentiras que violen la ley.
12. Podríamos despedirlo por mentir en su solicitud del Programa de Descuento.
13. El pago se debe al momento del servicio.
14. La tarjeta del Programa de Descuentos no es una tarjeta de seguro.

Firmando abajo, reconozco que he leído esta hoja, y que toda lo que he proporcionado en esta aplicación es cierta.

Firma: _____

Fecha: _____

Screeener Signature: _____

Date: _____