**Información sobre la escala móvil**

**¿Qué es la escala móvil?**

*Una escala móvil es el método que utilizamos para ofrecer descuentos en la atención médica del Centro de Salud Comunitario de Delhi en función del tamaño del hogar y los ingresos de un paciente.*

**¿Qué pasa si no presento mi solicitud?**

*Se le pedirá que pague los cargos completos por los servicios prestados si decide no presentar una solicitud.*

**¿Qué son los ingresos?**

*Ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, SSI, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia de fuera del hogar, cupones de alimentos, otras fuentes diversas.*

**¿Cómo puedo probar mis ingresos?**

* *Año anterior W2*
* *Dos talones de pago más recientes*
* *Carta verificable del empleador*
* *Formulario 4506-T si W2 no se presenta*
* *Últimos 3 meses de ingresos y gastos comerciales si trabaja por cuenta propia*
* *Si no tiene ingresos y no puede proporcionar verificación, carta de la organización de alcance (iglesia o refugio)*
* *Autodeclaración (visita inicial solamente); debe presentar prueba en la próxima visita o será responsable de todo el cargo.*

**¿Qué pasa si no traigo comprobante de ingresos?**

*Recibirá una factura por el costo total de su visita / servicios del Centro de Salud Comunitario de Delhi después de que se haya dado un período de tiempo prescrito para que devuelva esta información.*

**¿Qué pasa si esta información cambia?**

*Si sus ingresos o el tamaño de su hogar cambian, informe a la recepcionista. Se le pedirá que complete una nueva solicitud y muestre un comprobante de los nuevos ingresos.*

**¿Qué servicios cubre Sliding Scale?**

*La escala móvil ofrece descuentos en las visitas a la clínica y todos los servicios prestados en el Hospital de Delhi.*

**¿Qué servicios NO están CUBIERTOS por la escala móvil?**

*Sliding Scale no cubre el costo de la patología y la lectura de la prueba de radiología realizada por el radiólogo. Aún recibirá una factura del patólogo o radiólogo si se realizaron esos servicios.*

**¿Qué pasa si mis tarifas siguen siendo demasiado caras?**

*Uno de nuestros empleados de la clínica lo dirigirá a los Consejeros de Solicitudes Certificadas apropiados en nuestras instalaciones para ver si califica para la atención médica de costo reducido con Medicaid o el Mercado de Seguros.*

**Centro de Salud Comunitario de Delhi**

**Aplicación de descuento de escala móvil**

Sliding Scale es un programa de descuentos que ofrecemos a nuestros pacientes. El descuento para el que califica se basa en el tamaño y los ingresos de su hogar. Por favor, llene esta solicitud y **proporcione prueba de ingreso bruto mensual para TODOS los miembros del hogar** a la recepcionista. Si tiene preguntas, consulte la información en la página siguiente o pida ayuda a la recepcionista.

Apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DirecciónCityStateZip

Inicio (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_Celda (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_Trabajo (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de seguros**

Nombre de la empresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Política o Tarjeta #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOB del titular de la póliza: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular de la póliza Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DirecciónCityStateZip

**Household Miembros e Ingresos**

¿Está recibiendo alguno de los siguientes beneficios? (Debemos tener copias de cualquiera que esté marcado SÍ. Sin comprobante de ingresos, no recibirá un precio con descuento)

¿Estás empleado actualmente?

**SÍ / NO**

¿Cuál es su ingreso bruto anual?

\_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de empleo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del empleador #

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Y** | **N** | **Si es así, ¿cuánto?** |
| Asistencia Médica |  |  |  |
| Asistencia Pública Estatal |  |  |  |
| SSI/SSDI |  |  |  |
| Seguridad social |  |  |  |
| Jubilación/Discapacidad de Veteranos |  |  |  |
| Compensación de Trabajadores |  |  |  |
| Desempleo |  |  |  |
| Otros (pensión alimenticia, manutención de los hijos) |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ingresos anuales en su hogar** | | |
| $10,000 - $20,000 | $36,000 - $40,000 | $51,000 + |
| $21,000 - $35,000 | $41,000 - $50,000 |  |

*¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Enumere sus nombres, fechas de nacimiento, ingresos y SSN si están disponibles

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **SSN #** | **Relación** | **Ingresos anuales** |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |  |  |
| **Ingreso familiar bruto mensual total (ganado y no ganado): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |

Lista de verificación de documentación requerida. ¿Has incluido:

* *Año anterior W2*
* *Dos talones de pago más recientes*
* *Carta verificable del empleador*
* *Formulario 4506-T si W2 no se presenta*
* *Últimos 3 meses de ingresos y gastos comerciales si trabaja por cuenta propia*
* *Si no tiene ingresos y no puede proporcionar verificación, carta de la organización de alcance (iglesia o refugio)*
* *Autodeclaración (solo para la visita inicial); debe presentar una prueba en la próxima visita o será responsable de la totalidad del cargo.*

PARA CONSERVAR LOS PRIVILEGIOS DE LA ESCALA DE TARIFAS MÓVIL, SE DEBE PROPORCIONAR UN COMPROBANTE DE INGRESOS DENTRO DE LOS 10 DÍAS POSTERIORES A ESTA SOLICITUD.

"Esta información es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Entiendo que si el ingreso bruto mensual de mi hogar cambia, debo llenar una nueva solicitud y mostrar prueba de la nueva cantidad de ingresos. Le doy permiso al Centro de Salud Comunitario de Delhi para verificar la información sobre mi estado financiero. El incumplimiento de esas condiciones puede descalificarme de los futuros descuentos en las tarifas de la Escala Móvil. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamos en mi nombre o según sea necesario para facilitar mi cuidado o el cuidado o el cuidado de mi hijo menor. Entiendo que al solicitar y recibir un descuento no significa que mis Servicios Médicos sean gratuitos y que sea responsable de los saldos restantes".

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente declinó complete\_\_\_\_\_

Verificado por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A \_\_B \_\_C \_\_D \_\_E\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR