



APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE DESCONTO DE TAXA DESLIZANTE

Obrigado por escolher o Amoskeag Health Center como seu provedor de saúde. Oferecemos um programa de escala de taxas móveis que desconta o custo dos serviços da Amoskeag Health para pacientes que podem não ser capazes de pagar por eles. O programa de taxas móveis oferece descontos para pacientes elegíveis com renda familiar qualificada.

Para determinar a elegibilidade para o cartão de desconto de taxa móvel, o(s) candidato(s) deve(m) preencher totalmente o formulário; Todas as partes do pedido devem ser preenchidas, datadas e assinadas. **Inscrições incompletas não serão aceitas.** Se o pedido não estiver completo, o requerente receberá um pedido de mais informações; Informações adicionais devem ser recebidas dentro de 10 dias, ou o pedido será negado.

Por favor, siga estas instruções ao preencher o formulário:

1. Os candidatos podem se inscrever para si mesmos ou para toda a sua família. O tamanho e a renda da família devem incluir todos os membros da família, a menos que o pedido seja para um indivíduo financeiramente independente.
2. Endereço – este é o endereço onde você e sua família moram
3. Membros da família – isso significa o chefe da família, cônjuge, filhos e todos os outros dependentes incluídos em sua declaração de imposto de renda mais recente.
4. Por favor, diga-nos se alguém está coberto pelo seguro de saúde
5. O pedido deve ser assinado e datado antes de ser entregue para revisão.
6. Comprovante de renda – **Você deve incluir documentação de renda para apoiar todas as fontes de renda listadas em seu aplicativo, os exemplos incluem:**
 - Os candidatos autônomos devem enviar uma cópia preenchida da declaração de Imposto de Renda Federal mais recente, formulário W-2 ou 1099. **Os autônomos devem incluir todos os horários em sua declaração de imposto de renda.**
 - Cópia dos últimos (4) recibos de pagamento consecutivos mais recentes, se pagos semanalmente ou (2) se pagos quinzenalmente.
 - Se for pago em numerário, deve preencher o formulário de autodeclaração anexado ao pedido.
 - Cópia da declaração de benefícios de desemprego ou invalidez
 - Cópia das declarações de benefícios da Previdência Social, invalidez, renda complementar ou pensão
 - Documentação de outra assistência governamental.

Você pode enviar sua inscrição preenchida em qualquer local da Amoskeag Health durante o horário comercial normal, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. Ou você pode enviar sua inscrição para Amoskeag Health, 145 Hollis St. Manchester, NH 03101, Attn: Departamento de Acesso ao Paciente.

Sua inscrição será processada dentro de 2 dias úteis após o recebimento da inscrição concluída, todas as inscrições incompletas serão devolvidas.

Se você tiver alguma dúvida ou precisar de ajuda para preencher sua inscrição, temos funcionários disponíveis De segunda a sexta-feira, das 9h às 14h, em nossa localização na 145 Hollis St.

Amoskeag Health is a nonprofit, federally qualified health center dedicated to improving the health and wellbeing of patients and communities through comprehensive healthcare services.

145 Hollis St. Manchester, NH 03101 • (603) 626-9500 • www.amoskeaghealth.org

APLICAÇÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS DESLIZANTE



A inscrição é para: _____ Indivíduo _____ Família _____ Data da Inscrição: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Número total de moradores no domicílio: _____

Por favor, liste a si mesmo, cônjuge (ou outro significativo) e todos os dependentes da família abaixo. (Adicione qualquer adicional no verso):

NOME	DATA DE NASCIMENTO	RELAÇÃO COM O REQUERENTE	GÊNERO MASCULINO/FEMININO	EMPREGADO Yes/No
		Applicant/Self		

Alguém na casa tem seguro de saúde? Não Sim – Nome do Seguro: _____

Você se inscreveu no NH Medicaid? Não Sim (se a cobertura negada deve fornecer carta de negação do Medicaid)

Declaração de Ausência de Renda (se você não tiver fonte de renda, por favor, preencha)

Eu, _____, declaro que não tenho fonte de renda
Nome da impressão

Eu, _____, declaro que não tenho fonte de renda
Nome da impressão

Por favor, explique como você paga suas despesas mensais atuais, como aluguel, alimentação, gás, roupas, etc. Isso inclui pagar a despesa diretamente, dar-lhe dinheiro para a despesa ou dar-lhe o serviço necessário gratuitamente. Por favor, forneça o nome, o relacionamento daqueles que prestaram assistência com as despesas e peça-lhes que assinem abaixo.

Nome: _____ Relação: _____

Assinatura da pessoa que presta assistência: _____ Data: _____

Nome: _____ Relação: _____

Assinatura da pessoa que presta assistência: _____ Data: _____

- Você deve responder a todas as perguntas. Se algo não se aplica a você, coloque N/A nesse espaço. Você deve assinar e datar o pedido antes de enviar. Se você não assinar o pedido, seu pedido será negado.
- Se você precisar nos contar mais sobre sua situação, sinta-se à vontade para anexar uma carta ou declaração a este aplicativo ou agendar uma reunião com um de nossos funcionários de Acesso ao Paciente.

Ao assinar:

- Certifico que todas as informações que enviei são verdadeiras e estou autorizando a Amoskeag Health a verificar essas informações e divulgá-las aos prestadores de cuidados de referência/mútuos.
- Concordo em permitir que a Amoskeag Health compartilhe dados demográficos e de informações de renda com doadores municipais, estaduais, federais e privados, conforme necessário.
- Entendo que sou financeiramente responsável por todas as contas de serviços antes da conclusão e aceitação deste pedido e se meu pedido for negado.
- Entendo que devo pagar o valor da minha Escala de Taxa Móvel com desconto quando estiver no centro de saúde para serviços, se minha inscrição tiver sido aprovada.
- Concordo em notificar a Amoskeag Health sobre quaisquer alterações em minha renda, domicílio ou status de seguro
- Entendo que devo me inscrever novamente para a escala de taxas móveis até a data de término do meu cartão.
- Entendo que a Amoskeag Health é regulamentada por políticas e regulamentos do governo federal e é considerado ilegal deturpar ou alegar falsamente informações imprecisas neste aplicativo.

Assinatura do Requerente _____

Data (MES/DIA/ANO) _____

OFFICE USE ONLY

Date Application received: _____ Name of Staff receiving Application: _____

Last Date Patient Was Seen: _____ Income Verification Provided: _____

Total # Household Members: _____ Total Household Income: \$ _____ (Weekly) \$ _____ (Annually)

DISCOUNT: Approved-Annual Approved-6 Months Approved 30-day Temporary

Denied – Reason _____

PERIOD OF COVERAGE: Effective Date: ___/___/___ Expiration Date: ___/___/___

INSURANCE THIRD PARTY PAYOR IF APPLICABLE: _____

DISCOUNT ASSIGNMENT: 1 2 3 4 5 6-Self-pay CUCF (If applicable)

Staff Initials performing eligibility review: _____ Date Notification/card given/mailed to patient: _____



AUTODECLARAÇÃO DE RENDA EM DINHEIRO AUFERIDA (Formulário separado deve ser preenchido para cada candidato na família que recebe renda em dinheiro)

NOME PRÓPRIO

APELIDO

DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO

CIDADE/ESTADO/CEP

TELEFONE

POR FAVOR, INCLUA AS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MAIS RECENTES DE RENDIMENTOS EM DINHEIRO OBTIDOS:

DATA	FONTE DE RENDA (Descrever)	\$ VALOR RECEBIDO

"Eu, (imprimir o nome do paciente/candidato) _____, declaro sob pena de perjúrio e das leis dos Estados Unidos da América que as informações fornecidas acima são verdadeiras e corretas e esta é uma declaração precisa de meus ganhos em dinheiro durante o período de tempo indicado acima. Além disso, entendo que a falha em fornecer informações precisas sobre minha situação financeira pode resultar no encerramento dos meus serviços de desconto de taxa deslizando na Amoskeag Health. Também entendo que posso ser processado por fraude."

Assinatura do Paciente/Solicitante

Data

Assinatura da equipe/testemunha

Data