



## SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Gracias por elegir a Amoskeag Health Center como su proveedor de atención médica. Ofrecemos un programa de escala móvil de tarifas que descuenta el costo de los servicios de Amoskeag Health a los pacientes que no pueden pagarlos. El programa de tarifa variable ofrece descuentos a pacientes elegibles con ingresos familiares calificados.

Para determinar la elegibilidad para la tarjeta de descuento de tarifa variable, se requiere que los solicitantes completen completamente una solicitud; Todas las partes de la solicitud deben estar completas, fechadas y firmadas. **No se aceptarán solicitudes incompletas.** Si una solicitud no está completa, se enviará al solicitante una solicitud para obtener más información; La información adicional debe recibirse dentro de los 10 días, o la solicitud será denegada.

Siga estas instrucciones al completar la solicitud:

1. Los solicitantes podrán presentar su solicitud para sí mismos o para toda su familia. El tamaño de la familia y los ingresos deben incluir a todos los miembros de la familia, a menos que la solicitud sea para una persona financieramente independiente.
2. Dirección postal: esta es la dirección donde usted y su familia viven
3. Miembros del hogar: esto significa el cabeza de familia, el cónyuge, los hijos y todos los demás dependientes incluidos en su declaración de impuestos más reciente.
4. Por favor, díganos si alguien está cubierto por un seguro médico
5. La solicitud debe estar firmada y fechada antes de que se entregue para su revisión.
6. Comprobante de ingresos: **debe incluir documentación de ingresos para respaldar todas las fuentes de ingresos que enumere en su solicitud, los ejemplos incluyen:**
  - Los solicitantes que trabajan por cuenta propia deben presentar una copia completa de la declaración de impuestos federales sobre la renta más reciente, W-2 o formulario 1099. Las personas que trabajan por cuenta propia **deben incluir todos los anexos en su declaración de impuestos.**
  - Copia de los últimos (4) recibos de pago consecutivos más recientes si se pagan semanalmente o (2) si se pagan quincenalmente.
  - Si se le paga en efectivo, debe completar el formulario de autodeclaración adjunto a la solicitud.
  - Copia de la declaración de beneficios de desempleo o discapacidad
  - Copia de las declaraciones de Seguro Social, discapacidad, ingresos suplementarios o beneficios de pensión
  - Documentación de otras ayudas gubernamentales.

Puede enviar su solicitud completa en cualquier ubicación de Amoskeag Health durante el horario comercial normal de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. O puede enviar su solicitud por correo a Amoskeag Health, 145 Hollis St. Manchester, NH 03101, Attn: Patient Access department.

**Su solicitud será procesada dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud completa, todas las solicitudes incompletas serán devueltas.**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar su solicitud, tenemos personal disponible De lunes a viernes de 9 a.m. a 2 p.m. en nuestra ubicación de 145 Hollis St.

# Solicitud De Tarjeta de Descuento



La solicitud es para: \_\_\_\_\_ Individual \_\_\_\_\_ Familia Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número total de miembros del hogar: \_\_\_\_\_

**A continuación, inmensa a sí mismo, a su cónyuge (o pareja) y a todos los dependientes del hogar. (Agregue cualquier adicional en la parte posterior):**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	GÉNERO MASCULINO/FEMENINA	EMPLEADO Yes/No
		SOLICITANTE/YO		

¿Alguien en el hogar tiene seguro médico?  No  Sí – Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

¿Has solicitado NH Medicaid?  No  Sí (si se niega la cobertura debe proporcionar una carta de denegación de Medicaid)

## Declaración de No Ingresos (si no tiene ninguna fuente de ingresos, por favor complete)

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que no tengo ninguna fuente de ingresos  
Imprimir nombre

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que no tengo ninguna fuente de ingresos  
Imprimir nombre

Explique cómo paga sus gastos de vida mensuales actuales, como alquiler, comida, gasolina, ropa, etc. Esto incluye pagar el gasto directamente, darle dinero por el gasto o brindarle el servicio necesario de forma gratuita. Proporcione el nombre y la relación de las personas que han brindado asistencia con los gastos y pídale que firmen a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que presta la asistencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que presta la asistencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Debes responder a todas las preguntas. Si algo no se aplica a usted, ponga N/A en ese espacio. Debe firmar y fechar la solicitud antes de enviarla. Si no firma la solicitud, su solicitud será denegada.
- Si necesita contarnos más sobre su situación, no dude en adjuntar una carta o declaración a esta solicitud o programar una reunión con uno de nuestros miembros del personal de Acceso al Paciente.

Al firmar:

- Certifico que toda la información que he enviado es verdadera, y autorizo a Amoskeag Health a verificar esa información y divulgarla a los proveedores de atención que me recomiendan/mutuan.
- Estoy de acuerdo en permitir que Amoskeag Health comparta datos de información demográfica y de ingresos con los otorgantes de la ciudad, el estado, el gobierno federal y el sector privado, según sea necesario.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todas las facturas por servicios antes de completar y aceptar esta solicitud y si mi solicitud es denegada.
- Entiendo que debo pagar el monto de mi Escala Móvil de Tarifas con descuento cuando esté en el centro de salud para recibir servicios si mi solicitud ha sido aprobada.
- Acepto notificar a Amoskeag Health de cualquier cambio en mis ingresos, hogar o estado de seguro.
- Entiendo que debo volver a solicitar la escala móvil de tarifas antes de la fecha de vencimiento de mi tarjeta.
- Entiendo que Amoskeag Health está regulado por políticas y regulaciones del gobierno federal, y se considera ilegal tergiversar o reclamar falsamente información inexacta en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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: \_\_\_\_\_



**AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS EN EFECTIVO OBTENIDOS** (Se debe completar un formulario separado para cada solicitante en el hogar que recibe ingresos en efectivo)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO

INCLUYA LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES DE INGRESOS EN EFECTIVO OBTENIDOS:

FECHA	FUENTE DE INGRESOS (Describa)	\$ CANTIDAD RECIBIDA

"Yo, (nombre del paciente/solicitante en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, por la presente declaro, bajo pena de perjurio y las leyes de los Estados Unidos de América, que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta y que esta es una declaración precisa de mis ganancias en efectivo durante el período de tiempo indicado anteriormente. Además, entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa sobre mi estado financiero puede resultar en la terminación de mis servicios de descuento de tarifa variable en Amoskeag Health. También entiendo que puedo ser procesado por fraude".

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal/testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha