

PROGRAMA DE DESCUENTO DE ESCALA VARIABLE

Conserve esta página para sus archivos.

Complete la siguiente página y devuélvala a Adapt a más tardar en la fecha de vencimiento que se muestra arriba.

Adapt Integrated Health Care ofrece un Programa de Descuento de Escala Variable para ayudar a reducir el costo de la atención para los pacientes que califican. **Se anima a todos los pacientes a presentar una solicitud para obtener un descuento de escala variable**, incluidos los pacientes con seguro médico. La elegibilidad se basa en el número de integrantes de la familia y en los ingresos combinados del grupo familiar. No se rechaza a nadie debido a la falta de fondos.

- Debe enviar el formulario de solicitud de descuento de escala variable dentro de los 14 días posteriores a su visita para obtener un descuento por esa visita. Si lo devuelve más tarde, el descuento comenzará en la fecha en que lo recibamos.
- No se pueden aplicar descuentos a visitas pasadas.
- Una vez que procesemos su solicitud, recibirá una carta por correo postal informándole para qué descuento califica.
- Los descuentos duran un año. En ese momento, deberá proporcionar comprobantes actualizados de sus ingresos. Si su situación financiera o de vivienda cambia antes de esa fecha, debe comunicárselo a Adapt, ya que su descuento puede cambiar.
- Todos los pacientes recibirán un estado de cuenta mensual si hay algún saldo pendiente en su cuenta. Todos los saldos vencen dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta. Si no puede pagar su saldo completo, llame a la oficina de facturación de Adapt para establecer un arreglo de pago.
- La información en este formulario también se puede usar para ver si califica para un descuento en los servicios de laboratorio e imágenes para pacientes ambulatorios de CHI Mercy Health solicitados por Adapt Primary Care. Para obtener un descuento de CHI Mercy Health, primero debe presentar una solicitud para Oregon Health Plan. CHI Mercy Health puede solicitar esta información para su revisión.

Documentos requeridos: para presentar una solicitud para el descuento de escala variable, incluya copias de los documentos requeridos para todos los miembros de su grupo familiar. **Si alguno de los documentos no se aplica a su grupo familiar, puede omitirlo.**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Comprobantes de pago más recientes, últimos 30 días. | ☐ Carta de concesión de manutención infantil. | ☐ Si no tiene ingresos, una carta que explique sus medios de subsistencia o un formulario completado de autodeclaración de ingresos (disponible previa solicitud). |
| ☐ Verificación de desempleo. | ☐ Carta de concesión de compensación al trabajador. | ☐ Verificación de los cupones de alimentos. |
| ☐ Declaración de impuestos federales más reciente (si es autónomo). | ☐ Órdenes judiciales de cualquier demanda. | ☐ Subvenciones para ayuda con el pago de matrículas. |
| ☐ Cartas de adjudicación del seguro social o de la discapacidad. | ☐ Prueba de las ganancias de juegos de azar (premios de lotería). | |
| ☐ Carta de concesión de la pensión. | ☐ Prueba de pagos de anualidades. | |
| | ☐ Recibos de bienes vendidos o servicios prestados. | |

Definiciones

Grupo familiar: personas que viven en la misma vivienda y aportan sus recursos de forma conjunta.

Ingresos: todo dinero recibido, ya sea sujeto a impuestos o no, de cualquier fuente. Se incluirá todo dinero procedente de la venta de bienes o la prestación de servicios, subvenciones para ayuda con el pago de matrículas, ingresos por jubilación, ingresos de negocios, pagos del Seguro Social o por discapacidad, beneficios de seguro de desempleo, adjudicación de indemnizaciones por cualquier demanda, independientemente de que se consideren «daños económicos» o no, pagos de seguros de vida, pagos de rentas vitalicias, ganancias de juegos de azar y cualquier otro dinero recibido con el fin de ayudar con los gastos del grupo familiar. No se tomarán en cuenta préstamos ni crédito disponible.

¿Desea presentar una solicitud para descuento de escala variable?
☐ **Sí, deseo presentar una solicitud.**

Si la respuesta es "Sí", complete el resto de este formulario de la forma más completa que pueda y firme abajo.

☐ **No, no deseo presentar una solicitud.**

Si la respuesta es "No", puede presentar la solicitud más adelante en cualquier momento. Firme y escriba la fecha aquí:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si está presentando una solicitud para el descuento de escala variable, es posible que también califique para Oregon Health Plan (OHP). Si desea presentar una solicitud para OHP y le gustaría recibir ayuda gratuita, pida hablar con un trabajador de divulgación especializado en elegibilidad.

¿Presentó una solicitud de Oregon Health Plan? **S N** si la respuesta es "Sí", fecha en que la presentó: ¿Fue aprobado? **S N**

¿Tiene otro seguro? **S N** Si la respuesta es "Sí", ¿qué seguro?

POR FAVOR, PROPORCIONE ABAJO LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA.

Nombre de la parte responsable:

Relación con el paciente:

Seguro Social (últimos 4 dígitos opcionales): XXX-XX-

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Dirección de facturación:

Ciudad:

Estado:

código postal:

Proporcione información de todos los miembros del grupo familiar. Consulte la definición de "grupo familiar" en la página 1.

Miembro del grupo familiar	1	2	3	4	5	6
Nombre						
Fecha de nacimiento						
Relación con el paciente	YO MISMO					
Ingresos mensuales brutos procedentes de ↓	Proporcione documentación de respaldo para cada fuente de ingresos incluida en la lista.					
Sueldo/Salario	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro social	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Jubilación	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de niños	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Compensación para los trabajadores	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Venta de bienes	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Otro: _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$	\$	\$	\$

TOTAL de ingresos brutos mensuales del grupo familiar: _____ **Cantidad** TOTAL de miembros del grupo familiar: _____

Si el ingreso de su grupo familiar es cero, escriba sus iniciales aquí: _____ y proporcione una explicación breve de su situación financiera y de vivienda actual: _____

Por la presente autorizo a los representantes de Adapt a realizar las consultas necesarias para verificar la información proporcionada en este formulario o a divulgar cualquier información relacionada con mis visitas al consultorio a cualquier compañía de seguros o a terceros para procurar la liquidación de esta cuenta. Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y completa. Comprendo que, si se descubre que alguna información es incorrecta, es posible que no sea elegible para que se me considere en el futuro para tarifas reducidas y que cualquier escala variable aplicada en el pasado pueda ser revertida y todas las cuentas ajustadas en consecuencia.

Firma del paciente/parte responsable: _____ **Fecha:** _____

*******PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO*******

Fecha de la solicitud: _____ Fecha de vencimiento: _____

☐ **Con base en la información proporcionada, el paciente mencionado arriba es elegible para un descuento del _____ %.**
☐ **Con base en la información proporcionada, el paciente no es elegible para un descuento en este momento.**
☐ **El paciente se negó a presentar una solicitud para el descuento de escala variable.**

Información verificada por medio de: ☐ Comprobantes de pago ☐ Declaración de impuestos ☐ Otro _____

Miembro del personal que completó el formulario: _____ Fecha: _____