

Centro de Salud Comunitario Winding Waters

Información sobre la solicitud del Programa de Descuentos

Paquete de información para el Programa de Descuentos

Resumen de la política: Winding Waters está comprometido a cumplir la misión de este Centro de Salud Comunitario de atender las necesidades de atención médica primaria del condado de Wallowa. Para mantener esta misión, Winding Waters inició un programa con la intención de mejorar el estado de salud del condado de Wallowa. Es política de Winding Waters establecer un programa de descuentos de tarifa móvil (*sliding fee discount schedule*, SFDS), basado en los ingresos y el tamaño de la familia del paciente, para todos los servicios dentro del ámbito aprobado del proyecto de Winding Waters, independientemente del modo de prestación por el cual haya un cargo establecido. El SFDS se establece e implementa para garantizar que se apliquen de manera sistemática y adecuada tarifas y descuentos uniformes y razonables a todas las cuentas de los pacientes de Winding Waters para minimizar las barreras financieras para acceder a la atención. La elegibilidad para el SFDS se basará en los ingresos, el tamaño de la familia, las consideraciones del costo de vida y ningún otro factor.

La capacidad de pago se juzgará aplicando las Pautas federales de pobreza dispuestas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. A los pacientes cuyos ingresos familiares estén dentro del 200 % de las Pautas federales de pobreza se les asignará el nivel de descuento adecuado según el SFDS. Además, los pacientes podrán solicitar una exoneración de tarifas en cualquier momento si tienen dificultades económicas debido a circunstancias especiales. Consulte las políticas completas aprobadas por la junta que se encuentran aparte.

Procedimiento: La información sobre descuentos y las solicitudes se proporcionarán según se solicite. El personal de Winding Waters hará un esfuerzo razonable por reunir las solicitudes y los comprobantes de ingresos. **Una vez aprobado, se aplicará el descuento para citas y servicios hasta el 31 de marzo del año posterior a la aprobación. Las solicitudes de renovación deben entregarse año a año, por lo general durante el mes de marzo.**

Se informará al paciente o al tutor sobre su elegibilidad en una carta enviada por el correo de EE. UU. o entregada en mano si un paciente no pudiera recibir correo en el momento de una aprobación.

Política creada el: 4/sep./07

Revisada/actualizada: 4/dic./07, 13/ene./09, 4/sep./09, 6/abr./10, 7/abr./11, 6/feb./12, 15/mar./13, 17/mar./14, 1/may./15, 1/oct./15, 1/nov./15, 6/feb./20, 16/mar./21, 3/Mar.22, 2/feb.23

Aviso a los pacientes:

Winding Waters atiende a todos los pacientes sin importar nada de lo siguiente: capacidad de pago, raza, color, religión, credo, sexo, expresión de género, edad, origen nacional, ascendencia, discapacidad, estado civil, orientación sexual o condición de militar.

Los descuentos por los servicios se ofrecen dependiendo del tamaño de la familia y de los ingresos.

Puede recoger el paquete de solicitud del Programa de Descuentos en el mostrador de recepción.

Centro de Salud Comunitario Winding Waters
Solicitud del Programa de Descuentos

Nombre del solicitante: _____ Fecha de solicitud: _____

Dirección: _____
(dir. postal) (ciudad) (estado) (C. P.)

Número de teléfono de contacto: _____

Miembros de la familia	Relación	Fecha de nacimiento	Situación laboral	Ingresos Mes o año
Solicitante	Él mismo			

¿Usted o los miembros de su familia tienen algo de lo siguiente?

Medicaid____ Medicare____ Seguro privado____

Proporcione una copia de su declaración de impuestos más reciente, talones de pago y cualquier otro comprobante de ingresos.

Coloque esta solicitud completada en el buzón de entrada del funcionario de Recursos Humanos.

Fuentes de ingreso	Montos del ingreso
Ingresos por empleo	\$
Manutención de menores/pensión alimenticia/ingresos de AFDC	\$
Seguro Social/seguro por discapacidad	\$
Ingresos por desempleo	\$
Pensión/jubilación/ingreso por fideicomiso	\$
Otros ingresos	\$
Ingreso anual total:	\$
Consideraciones de costo de vida*	Montos de costo de vida*
Costos de alimentos	\$
Costos de manutención de menores - solo para niños menores de 12 años	\$
Costos médicos	\$
Costos de vivienda	\$
Costos de transporte	\$
Total de costos de vida anuales:	\$
Ingresos anuales que califican:	\$

*los montos de costo de vida serán lo más bajo entre los gastos reales enumerados o el monto identificado por livingwage.mit.edu.

Proporcionaré, del mejor modo que me sea posible, comprobantes de los ingresos y costos antemencionados. Afirmo que esta declaración de ingresos anuales familiares es fiel e íntegra a mi leal saber y entender, y que todas las declaraciones que realicé en esta solicitud son ciertas. Entiendo que esta información está sujeta a verificación por parte de Winding Waters y a revisión por parte de las agencias de cumplimiento federales o estatales y demás terceros según sea necesario.

Firma del solicitante:

Fecha:

Lo siguiente deberá ser completado por un socio de servicios financieros de Winding Waters.

Recibido por:

Fecha de recepción de la solicitud:

Documentos requeridos proporcionados para verificar los ingresos y la solicitud de seguro:

Ingresos anuales ajustados de la familia:

Cantidad de personas de la familia:

Descuento:

Fecha de validez:

Hasta: