Programa de Descuento de Tarifa Corrediza
Aplicacion de Asistencia Financiera

Es la póliza de Heartland Health Services de brindar atención primaria centrada en el paciente, no importando la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según los ingresos familiares y el tamaño de la familia. Nuestro programa de tarifa corrediza esta actualizada cada año utilizando las pautas federales de probreza. Una vez aprobado, el descuento sera honrada durante 3 meses a un año a partir de la fecha aprovada (dependiendo de los ingresos). El paciente puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento antes o despues de vencimiento del period de descuento.

Una solicitud completa, incluida la verificación de ingresos y tamaño familiar, debe estar archivada y aprobada por Heartland Health Services antes de que se aplique un descuento.

Por favor complete la siguiente información:

DEMOGRAFIA	PACIENTE / SOLICITANTE	GARANTE/TUTOR (Si Aplica) (Responsable de pagar la factura)
Apellido:		
Nombre, Inicial:		
Fecha de nacimiento:		
Dirección:	Calle:	Calle:
	Ciudad:	Ciudad:
	Estado:	Estado:
	Código postal:	Código postal:
Número de teléfono:		

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL TAMAÑO DEL HOGAR (El número de todos los individuos/ dependientes del hogar)		
Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Agregue individuos/dependientes adicionales en una hoja separada si necesita más espacio

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN FAMILIAR/ DE HOGAR	
¿Presentó Impuestos el año pasado? SI NO	
¿Recibió usted o su cónyuge: Beneficios de Desempleo, Jubilación del Seguro Social, Incapacidad del Seguro Social o Pensión? Si respondió SÍ a cualquiera de estas opciones, indique qué beneficio recibe y cuánto por mes.	
Tipo de beneficio	Cantidad por mes
1	$

2	$
3	$
4	$

Incluya a cualquier persona de al menos 18 años de edad o más que resida en el hogar y contribuya a los gastos básicos de vida del hogar (incluido usted mismo). Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de manutención infantil, ingresos de pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública/ gubernamental, pensiones y/o ingresos de distribución de IRA u otros ingresos de jubilación. (Consulte las instrucciones para obtener la lista completa) NO incluya asistencia que no sea en efectivo, como cupones de alimentos, subsidios para vivienda u otros subsidies gubernamentales.

SECCIÓN 3:	INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR: indique TODAS las personas que viven en su hogar y que contribuyen financieramente, incluido el solicitante.		
Miembro(s) del hogar:	Edad	Fuente de ingresos/Empleador	Ingreso bruto mensual
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Ingreso mensual total (Incluya el total de otros beneficios, al final de la página 1) $ _____

Si está desempleado y no tiene ingresos, ¿cómo satisface sus necesidades del día a día?

_____

_____

_____

¿Tiene actualmente seguro médico? Sí No

Si afirmo, indique la compañía de seguro médico y el número de identificación del suscriptor:

_____

ASEGÚRESE DE INCLUIR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS ANTES DE ENVIAR

Mi firma a continuación representa que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que se me puede solicitar más información si es necesario. Entiendo que cualquier falsificación de la información que he proporcionado a Heartland Health Services resultará en la terminación de toda asistencia financiera.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha de firma: _____

Signature of HHS Employee _____ Date Received: _____

Asistencia Financiera
Información sobre el Programa de Descuento de Tarifa Corrediza

¿Qué es el Programa de Descuento de Tarifa Corrediza?

Es política de Heartland Health Services proporcionar atención primaria centrada en el paciente, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen en función de los ingresos del hogar y el número de miembros inmediatos en el hogar. Se utiliza una lista de tarifas móviles para calcular el descuento básico y se actualiza cada año utilizando las pautas federales de pobreza. Una vez aprobado, el descuento se aplicará a los servicios, entre 3 meses y 12 meses si se aprueba, después de lo cual el paciente deberá volver a solicitarlo.

El Programa de Descuento de Tarifa Variable es parte de un programa federal (Centros de Salud Federalmente Calificados – FQHC) que permite a Heartland Health Services descontar los cargos normales por visitas médicas para nuestros pacientes calificados según el tamaño del hogar y los ingresos del hogar. Para calificar para el programa, los pacientes deben proporcionar prueba de ingresos por debajo del 200% del nivel federal de pobreza actual.

El Programa de Descuento de Tarifa Corrediza está disponible para todos los pacientes sin seguro. Si tiene cobertura de seguro, el programa FQHC exige que Heartland Health Services facture a su seguro los cargos de sus visitas médicas/de salud conductual. Es posible que usted sea responsable del copago del seguro en esta situación. Si tiene coseguro o un deducible alto, puede solicitar el descuento en la tarifa de revestimiento para aplicarlo a la parte de los cargos de responsabilidad del paciente.

Dependiendo del tamaño del hogar y los ingresos del hogar, a los pacientes se les asigna un nivel de descuento de tarifa completa, Categoría A, Categoría B, Categoría C o Categoría D. La tarifa mínima cobrada por cada nivel se muestra a continuación:

Nivel de descuento	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Tarifa Completa
Tarifa Mínima Médica	$25.00	$30.00	$35.00	$40.00	100% de los cargos
Salud Conductual Tarifa Mínima	$5.00	$10.00	$15.00	$20.00	100% de los cargos

Los pacientes que califican para las tarifas con descuento son responsables solo de la tarifa mínima en su nivel respectivo y se espera que paguen la tarifa con descuento en el momento del servicio.

¿Cómo me inscribo en el Programa de Descuento de Tarifa Corrediza?

1. Primero, complete la solicitud de Asistencia Financiera (AF) y siga las instrucciones. Las instrucciones se encuentran con la solicitud. No dude en preguntarle al personal de recepción si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud.
2. Adjunte comprobante de ingresos de todos los miembros del hogar que contribuyen económicamente, su solicitud no será considerada sin lo siguiente:

   SE REQUIEREN al menos 2 comprobantes de ingresos (solo copias):

   - Comprobantes de pago consecutivos de los 2 meses anteriores (necesitamos al menos 8 semanas consecutivas de comprobantes de pago si le pagan semanalmente o al menos 4 semanas consecutivas si le pagan cada dos semanas).
   - Declaracion de impuestos del ano mas reciente - (Debe incluirse en los documentos)
   - Verificacion de Desempleo (Declaracion de Beneficios)
   - Carta de beneficios (beneficiarios de SSI y Seguro Social, beneficiarios de pencion/ jubilacion)
   - Si no hay recibos de sueldo disponibles, el empleador del solicitante debe proporcionar una carta que indique el ingreso bruto actual para cada periodo de pago
   - Trabajadores por Cuenta Propia: Proporcione una carta de sus ingresos semanales y la declaración de impuestos de su último año.
   - En caso de no tener ingresos, proporcione una carta de supervivencia (diganos como satisface sus necesidades diarias)

   Información adicional que debe proporcionarse (según corresponda):

   - Declaracion de estados de cueta bancarias consecutivos de ls dos meses anteriores.
   - Documentos de Tribunal (Pensión de alimenticia y/o de manutención de los hijos)
   - Alquileres y/o Regalías Recibidas

3. Envíe su solicitud COMPLETADA EN SU TOTALIDAD con prueba adjunta en cualquiera de nuestras clínicas de Heartland Health Services or envíe la información completada a:

   Heartland Health Services
   Atención: Asistencia Financiera
   2214 N University St
   Peoria, IL 61604

5. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar la solicitud de asistencia financiera, comuníquese con Celia al 309-680-7631.

6. Tenga en cuenta: Las solicitudes de asistencia financiera solo serán retroactivas a partir de los 90 días a partir de la fecha de recepción o aprobación de las solicitudes.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA – LISTA DE VERIFICACION

Por favor, incluya una copia de todos los documentos que se indican a continuación – No incluya copias originales.

Solicitud:	**Completado Si / No /ND**
Verifica si totalmente completado - cada sección está completa o Demografia o Sección 1 o Sección 2 o Sección 3	
Firma del paciente y fecha	
HHS Employee Signature & Dated (Once completed application is received)	

Requerido – Comprobante de ingresos (todos los documentos verificados)

Los 2 Meses anteriores de recibos de pago consecutivos	
Declaración de impuestos del año más reciente	
Si está desempleado, Verificación de desempleo (Declaracion de beneficios)	
Carta(s) de beneficios (para SSI y beneficiarios de Seguridad Social, beneficiarios de pensión/jubilación) (si corresponde)	
Trabajadores por Cuenta Propia : Proporcione una carta de sus ingresos semanales y la declaración de impuestos de su último año.	
Si no hay recibos de sueldo disponibles, el empleador del solicitante debe proporcionar una carta que indique el ingreso bruto actual para cada periodo de pago	
En caso de no tener ingresos, proporcione una carta de supervivencia (diganos como satisface sus necesidades diarias)	

Información adicional que debe proporcionarse (según corresponda):

Declaracion de estados de cueta bancarias consecutivos de ls dos meses anteriores.	
Documentos de Tribunal (Pensión de alimenticia y/o de manutención de los hijos)	
Alquileres y/o Regalias Recibidas	

For Office Use Only:

MRN: _____

Name of Heartland Employee receiving this information

_____	_____
Print Employee Name:	Date Received & Verified: