



Estimado paciente/solicitante,

Alcona Health Center (AHC) es un Centro de Salud Comunitario Calificado Federalmente sin fines de lucro con ubicaciones en todo el norte de Michigan. Ofrecemos servicios integrales médicos, de salud conductual, dentales y de farmacia a todas las personas en las comunidades a las que servimos utilizando un modelo de atención de hogar médico centrado en el paciente. Si le preocupa no poder pagar la atención que recibe, puede ser elegible para recibir ayuda a través de nuestro programa de tarifa variable, ya sea que tenga seguro, seguro insuficiente o no seguro. Nuestra tarifa móvil está disponible para pacientes por debajo del 200% del nivel de pobreza según los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.

AHC le envía información sobre nuestra tarifa variable porque es posible que lo haya solicitado o creemos que puede ayudarlo. Complete la solicitud adjunta con fecha y firma y devuélvala a su clínica más cercana con los documentos solicitados para su consideración.

Si se aprueba, la tarifa variable se otorgará por un año a partir de su solicitud. Si tiene visitas anteriores que desea que se considere para una tarifa variable, retrotraemos a fechas anteriores de servicio que se remontan a un año desde la aprobación de la solicitud. Si está solicitando retro, también deberá proporcionar los ingresos de los meses que desea regresar.

Junto con la solicitud: Envíe un comprobante de ingresos para todos los miembros del hogar, incluya todas las fuentes de ingresos que recibe.

Ejemplos de comprobantes de ingresos:

- Mínimo de dos (2) recibos de pago recientes (en los últimos 3 meses) Calculado sobre el ingreso bruto.
- Cartas de concesión de Seguro Social, SSI y / o pensión
- Talón de cheque de desempleo actual o notificación/aprobación
- Talón de cheque de manutención infantil o carta de adjudicación
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid (si corresponde)
- Carta de notificación de adjudicación por discapacidad
- Cartas de apoyo (deben incluir la fecha, la cantidad por mes que apoyan con su información y firma)
- Otros podrían incluir prueba de: beneficios para veteranos, pensión alimenticia, ingresos por dividendos, intereses, alquileres, patrimonios y fideicomisos.
- SOLO PARA TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA: Copias de sus declaraciones de impuestos más recientes (Federal 1040 o Anexo C)

Queremos asegurarnos de que aquellos que califican para la tarifa variable la reciban y, en general, ayudar a nuestros pacientes a aumentar los gastos médicos de su bolsillo. Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o los comprobantes de ingresos requeridos, estamos aquí para ayudarlo, comuníquese con la oficina de su proveedor para obtener ayuda. Si necesita ayuda para encontrar u obtener cobertura de seguro, AHC también ayuda con la inscripción de seguros a través de Healthcare.gov y Medicaid, hable con la oficina de su proveedor para obtener más información.

Sinceramente



Solicitud de tarifa variable

Los Centros de Salud de Alcona están autorizados por la Oficina de Atención Primaria de Salud para ofrecer una escala de pago móvil, determinada por el tamaño de la familia y los ingresos, sobre las tarifas de los pacientes.

Aquellos elegibles para Medicaid y Medicare deben postularse directamente a esos programas. AHC cuenta con asesores de solicitud certificados para ayudarlo con este proceso.

NOMBRE DEL SOLICITANTE Y MIEMBROS DEL HOGAR DE LOS QUE ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:	Relación con el jefe de familia	FECHA DE NACIMIENTO	Situación laboral (Empleado, Jubilado, Discapacitado, Estudiante)
1. (Cabeza de familia):			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

TODA LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS y los documentos necesarios DEBEN ENTREGARSE CON LA SOLICITUD. DEBEMOS tener comprobante de ingresos ANTES de procesar su solicitud.

ENTIENDO QUE CUALQUIER CAMBIO EN LOS INGRESOS DEBE INFORMARSE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS; y doy fe de que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Número de teléfono actual: _____

Para Personal uso:
impresión:

Nombre y fecha de finalización de la

CSS: Documentación de ingresos adecuada recibida. Hoja de cálculo de tarifa móvil completada. Escaneado en la carpeta Pendiente de aprobación. Firma y fecha de finalización.	
Fechas de aprobación de la tarifa móvil y rango de nivel aprobado (AA, A, B, C, F)	Nivel: Fechas:

FAS: solicitud completa precisa, ingresada en el sistema PM, firma de aprobación	
FAS - Enviar carta de aprobación o denegación del paciente, agregar al recordatorio de revisión anual.	
Aprobación retroactiva solo del administrador del ciclo de ingresos	



Carta de apoyo

Nombre del paciente: _____

Nombre de los aficionados: _____

Relación con el paciente: _____

El paciente está recibiendo apoyo debido a los pocos o nulos ingresos de otra persona. A continuación, enumere cómo se brinda el apoyo, ejemplos: vivienda, comestibles, facturas y / o apoyo en efectivo.

¿Cuál es el soporte total estimado dado mensualmente _____

Al firmar esta declaración, acepto que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del colaborador: _____

Fecha: _____