



Estimado paciente/solicitante,

Alcona Health Center (AHC) es un centro de salud comunitario sin fines de lucro, calificado por el gobierno federal, con ubicaciones en todo el norte de Michigan. Ofrecemos servicios médicos, de salud conductual, dentales y de farmacia integrales 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 sin seguro. Nuestra tarifa variable 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 está enviando información sobre nuestra tarifa variable porque es posible que usted lo haya solicitado, o creemos que puede ayudarlo. Complete la solicitud adjunta con fecha y firma y regrese 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 y desea que se le considere para la tarifa variable, hacemos retrospectivas a fechas anteriores de servicio que se remontan a un año desde la aprobación de la solicitud. Si está solicitando la retroactividad, también deberá proporcionar los ingresos de los meses a los que desea regresar.

Junto con la solicitud, deberá proporcionar la verificación de ingresos de todos los miembros de su hogar.

Ejemplos de comprobantes de ingresos:

1. Mínimo de dos (2) recibos de pago recientes (dentro de los últimos 3 meses) Calculados sobre el ingreso bruto.
2. Copias de sus declaraciones de impuestos más recientes (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos)
3. Cartas de adjudicación de Seguro Social, SSI y/o Pensión
4. Talón de cheque de desempleo actual o notificación/aprobación
5. Talón de cheque de manutención de los hijos o carta de adjudicación
6. Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid (si corresponde)
7. Carta de Notificación de Adjudicación por Discapacidad
8. Cartas de apoyo (deben incluir la fecha, la cantidad por mes que respaldan con su información y firma)
9. Otros podrían incluir comprobantes de: beneficios para veteranos, pensión alimenticia, ingresos por dividendos, intereses, alquileres, patrimonios y fideicomisos.

Queremos asegurarnos de que aquellos que califican para la tarifa variable la reciban y, en general, ayudar a nuestros pacientes con el aumento de los gastos médicos de 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

Ciudadanos de Alcona por la Salud, Inc



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, en las tarifas del paciente.

Aquellos elegibles para Medicaid y Medicare deben presentar una solicitud directamente a esos programas. AHC cuenta con Consejeros de Solicitud Certificados para ayudarle con este proceso.

NOMBRE DEL SOLICITANTE Y DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE LOS QUE USTED ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:	Relación con el jefe de hogar	FECHA DE NACIMIENTO	Situación laboral (Empleados, jubilados, discapacitados, 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 un 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 afirmaciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Fecha de firma

Número de teléfono actual: _____

For Staff use:

Print Name & Date Completed:

Proper Income Documentation Received. Sliding Fee calculation worksheet completed.	
Completed application information entered into PM system and is a match.	
Add to Spreadsheet for annual Review Reminder	
Sliding fee approved dates and approved level range (AA, A, B C, F)	Level: _____ Dates: _____
CSS signature that the above was reviewed/completed	
Site Manager signature that above was reviewed/completed	
CSS Send patient Approval or denial letter	
Scan to sliding fee drive – sign and date scanned	
Retro approval from Revenue cycle manager only	



Carta de apoyo

Nombre del paciente: _____

Nombre de los patrocinadores: _____

Relación con el paciente: _____

El paciente está recibiendo apoyo debido a los pocos o ningún ingreso de otra persona. A continuación, enumere cómo se da el apoyo, los ejemplos incluyen: Vivienda, comestibles, facturas y/o apoyo en efectivo.

¿Cuál es el apoyo total estimado que se da mensualmente? _____

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

Firma del simpatizante: _____

Fecha: _____