



Solicitud de Descuento de Tarifa Variable

Health West ofrece un Programa de Descuento de Tarifa Variable para ayudar a reducir las barreras en el acceso a los servicios de atención médica. Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y los ingresos, utilizando las Guías Federales de Nivel de Pobreza.

Para calificar, debe proveer el tamaño de su familia. Una “familia” incluye a todas las personas que viven en su hogar y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, u otras personas que viven con usted al menos el 50% del tiempo y que son mantenidas con los ingresos del hogar. También puede incluir a miembros de la familia que viven fuera del hogar pero que ayudan a sostener (como aquellos en servicio militar o trabajos temporales). El tamaño de la familia se basa en lo que usted declare.

También debe proveer comprobante de ingresos de todos los miembros del hogar, provenientes de todas las fuentes, al presentar esta solicitud. Consulte el reverso de este formulario para ver la lista de documentos aceptables.

Nombre del solicitante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección actual: _____

Tamaño de la familia: _____

Liste a todas las personas adicionales cubiertas por esta solicitud:			Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Inicial	Apellido	MM/DD/YYYY	

He leído lo anterior y declaro que la información proporcionada por mí es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Notificaré a Health West sobre cualquier cambio en mis ingresos, recursos y/o tamaño de la familia. También entiendo que esta información será tratada de manera confidencial de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Rechazar. Al marcar esta casilla, reconozco que deseo retirar esta solicitud.

X _____
Firma del solicitante o responsable Fecha

Solo para uso del personal de Health West:

Slide Approved By: _____ Approval Date: _____

Slide Eligibility: A Slide B Slide C Slide D Slide E Slide

Para calificar para un descuento de tarifa móvil, el paciente **debe** proporcionar una copia del comprobante de ingresos de una fuente elegible para todos los miembros del hogar, como:

- Recibo de pago más reciente que muestre el salario bruto.
- Carta de verificación de ingresos firmada por el empleador, indicando el salario.
- Declaración de impuestos 1040 firmada más reciente o todos los formularios W-2 del año anterior.
- Carta de concesión de asistencia pública (por ejemplo, cupones de alimentos, asistencia temporal, vivienda pública, etc).
- Carta de elegibilidad para Medicaid que indique los ingresos.
- Carta de concesión de Head Start.
- Estado de resultados de dividendos, intereses o alquiler.
- Estado de cuenta del Seguro Social (SSI).
- Estado de cuenta del Ingreso por Discapacidad (SSDI).
- Estado de resultados de jubilación.
- Estado de cuenta de compensación por desempleo.
- Estado de cuenta de pensión.
- Compensación laboral.
- Prestación para veteranos.
- Carta de proyección laboral del Departamento de Trabajo de Idaho.
- Carta del patrocinador u otra organización afiliada que indique los ingresos (por ejemplo, SEICAA, WIC, refugio para personas sin hogar, etc.).
- **Formulario de autodeclaración anual de ingresos:** El formulario de autodeclaración debe utilizarse como último recurso para declarar los ingresos estatales o el desempleo. Este formulario debe ser firmado por el paciente y requiere la aprobación del Administrador de la Clínica.
- **Otros tipos de documentación:** deben ser aprobados por el Director de Ciclo de Ingresos o el Director Financiero. La documentación para la aprobación debe anotarse en la Solicitud de Descuento de Tarifa Variable.

Los siguientes elementos **no** son prueba aceptable de la fuente de ingresos:

- Manutención infantil
- Becas y préstamos escolares
- Préstamos
- Devolución de impuestos
- Reembolsos
- Reembolsos de gastos

Consulte FI-005 Escala móvil de tarifas, tarifa nominal y exenciones de tarifas; Documentación de elegibilidad para obtener más información.