



## Solicitud de descuento de tarifa variable

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_ # del Garante/Paciente: \_\_\_\_\_

Para calificar para un descuento de tarifa variable, el paciente debe indicar el tamaño de la familia. Se define como familia a *todas las personas que actualmente viven en un hogar y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio, adopción u otras condiciones de convivencia, que viven juntas al menos el 50 % del tiempo o que se sustentan con los ingresos de esa familia*. También se incluyen los familiares que viven fuera del hogar y que contribuyen o apoyan a la familia (por ejemplo, servicio militar, trabajadores temporales, trabajadores petroleros, etc.). El tamaño de la familia se determina por declaración del paciente.

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del(los) dependiente(s) cubierto(s) por esta solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Se debe presentar comprobante de ingresos** de todas las fuentes elegibles para todos los miembros del hogar. Consulte el reverso del formulario para ver los comprobantes de ingresos aceptables. Frecuencia de pago de los ingresos familiares (de todos los miembros de la familia y de todas las fuentes):

Quincenal (cada dos semanas): \_\_\_\_\_ Mensual: \_\_\_\_\_ Anual (cada año): \_\_\_\_\_

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

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

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha solicitada: \_\_\_\_\_

Firma del aprobador: \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_

### **Solo para el personal de Health West:**

Elegibilidad de diapositivas:  A  B  C  D  E

Comprobante de ingresos proporcionado:  Sí  No

Tipo de fuente de ingresos (**adjunte copia al formulario**): \_\_\_\_\_

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, SEICCA, 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 de un Coordinador de Recursos para Pacientes o 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.*