

Aplicación para el Programa de Descuento

Es necesario pedir información personal y financiera de su hogar para poder ver si califica para servicios médicos y dentales. No compartiremos su información con otras agencias a menos que sea necesario para la coordinación del cuidado. Todas las tarjetas de descuento se vencen en seis (6) meses de la fecha que completó la aplicación al menos de otro modo dicho. A este tiempo, le pedimos que verifique sus ingresos al corriente y numero de personas relacionadas en el hogar para poder recibir servicios de descuento médicos y dentales.

Por favor note: Toda la Información que se necesita para aplicar tiene que ser presentada a la hora de la cita de la evaluación financiera para ser considerado para el Programa de Descuento. Si le hace falta cualquier información, se le pedirá que haga una nueva cita para la evaluación financiera.



Por favor llame al 785-825-7251 para hacer una cita para la evaluación financiera. Aplicaciones que se mandan por correo **NO SE** procrearán.

Informacion que necesita

- Comprobacion de ingresos para todos los miembros del hogar relacionados (Vea las instrucciones abajo)
- Identificación con foto o certificado de nacimiento para todos los miembros del hogar relacionados
- Declaración de Impuestos del año pasado
- Carta de negación del medicad si embarazada o menos de 19

De ser completada por quien esta aplicando

Nombre: _____

Fecha de hoy: ___/___/_____

Domicilio: _____

Numero de seguro social: _____ - _____ - _____

Ciudad, Estado, código: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Contado : _____

Numero de teléfono: _____ - _____ - _____

Ingresos del Hogar

Ingresos del hogar incluyen TODOS los ingresos para TODOS los miembros del hogar.

Por favor de circular todas las que aplican a su hogar y proveer comprobación de ingresos corrientes de cada uno de las cosas circuladas.

Salario

Desempleo

Seguro Social

Ingresos de Jubilación

Alimony

Prestamos de Estudiante

Manutención del niño

Asistencia Alimentaría

Deshabilidad

Asistencia en efectivo

Empleado independiente

Ingresos de Interés

Tips o comisiones

Otro: _____

Cuantos miembros de la familia relacionados viven con usted ? _____

(Incluye esposo, hijos, tías, tíos, primos, suegros, etc.)

Alguien en el hogar esta embarazada? Si No

Office Use Only

Total number in household: _____

Screener Signature: _____

Annual household income: _____

Date: _____

Level: B C D E F



Miembros del Hogar

Llene toda la información para usted y todos los miembros de su familia relacionados que viven en su casa. Complete una caja de información por cada miembro relacionado de su hogar.

Usted mismo		fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	M F Genero (circule uno)	(Office Use Only) Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/>
Nombre						
Empleado						
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?	S	N				
Seguro medico?	S	N				
Seguro dental?	S	N				
Medicare?	S	N				
Seguro secundario?	S	N				
Es esta person:						
un agricultor estacional?	S	N				
un veterano	S	N				
de origen hispano, latino, o español	S	N				
			Circule la raza de esta persona			
			Asiático			
			Otro isleño pacifico			
			Negro/ Afroamericano			
			Nativo American/o de alaska			
			Blanco			
			Mas de una raza			
			Otro: _____			

Usted mismo		fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	M F Genero (circule uno)	(Office Use Only) Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/>
Nombre						
Empleado						
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?	S	N				
Seguro medico?	S	N				
Seguro dental?	S	N				
Medicare?	S	N				
Seguro secundario?	S	N				
Es esta person:						
un agricultor estacional?	S	N				
un veterano	S	N				
de origen hispano, latino, o español	S	N				
			Circule la raza de esta persona			
			Asiático			
			Otro isleño pacifico			
			Negro/ Afroamericano			
			Nativo American/o de alaska			
			Blanco			
			Mas de una raza			
			Otro: _____			

Usted mismo		fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	M F Genero (circule uno)	(Office Use Only) Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/>
Nombre						
Empleado						
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?	S	N				
Seguro medico?	S	N				
Seguro dental?	S	N				
Medicare?	S	N				
Seguro secundario?	S	N				
Es esta person:						
un agricultor estacional?	S	N				
un veterano	S	N				
de origen hispano, latino, o español	S	N				
			Circule la raza de esta persona			
			Asiático			
			Otro isleño pacifico			
			Negro/ Afroamericano			
			Nativo American/o de alaska			
			Blanco			
			Mas de una raza			
			Otro: _____			

Usted mismo		fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	M F Genero (circule uno)	(Office Use Only) Rx <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/>
Nombre						
Empleado						
Esta persona tiene:						
un numero de seguro social?	S	N				
Seguro medico?	S	N				
Seguro dental?	S	N				
Medicare?	S	N				
Seguro secundario?	S	N				
Es esta person:						
un agricultor estacional?	S	N				
un veterano	S	N				
de origen hispano, latino, o español	S	N				
			Circule la raza de esta persona			
			Asiático			
			Otro isleño pacifico			
			Negro/ Afroamericano			
			Nativo American/o de alaska			
			Blanco			
			Mas de una raza			
			Otro: _____			



Miembros del Hogar (continuación)

Llene toda la información para usted y todos los miembros de su familia relacionados que viven en su casa. Complete una caja de información por cada miembro relacionado de su hogar.

Nombre	Relación	fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	M	F	(Office Use Only)		
					Genero(circule uno)		Rx	MCD	NONE
Empleado							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es esta person:					Circule la raza de esta persona				
un numero de seguro social?	S	N	S	N	Otro isleño pacifico				
Seguro medico?	S	N	S	N	Negro/ Afroamericano				
Seguro dental?	S	N	S	N	Nativo American/o de alaska				
Medicare?	S	N	S	N	Otro: _____				
Seguro secundario?	S	N	S	N					

Nombre	Relación	fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	M	F	(Office Use Only)		
					Genero(circule uno)		Rx	MCD	NONE
Empleado							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es esta person:					Circule la raza de esta persona				
un numero de seguro social?	S	N	S	N	Otro isleño pacifico				
Seguro medico?	S	N	S	N	Negro/ Afroamericano				
Seguro dental?	S	N	S	N	Nativo American/o de alaska				
Medicare?	S	N	S	N	Otro: _____				
Seguro secundario?	S	N	S	N					

Nombre	Relación	fecha de nacimiento	Lenguaje	Numero de seguro social	M	F	(Office Use Only)		
					Genero(circule uno)		Rx	MCD	NONE
Empleado							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es esta person:					Circule la raza de esta persona				
un numero de seguro social?	S	N	S	N	Otro isleño pacifico				
Seguro medico?	S	N	S	N	Negro/ Afroamericano				
Seguro dental?	S	N	S	N	Nativo American/o de alaska				
Medicare?	S	N	S	N	Otro: _____				
Seguro secundario?	S	N	S	N					

Afirmo que esta declaración del tamaño del hogar e ingresos es verdad y exacta, y que todas las declaraciones hechas por mí en esta aplicación son ciertas. Entiendo que toda la información está conforme a la verificación de Salina Family Healthcare Center y está conforme a la revisión de cualesquiera de las agencias federales, y/o del estado como sea necesario.

Firma del Aplicante _____

Fecha: _____



Aplicación Programa de Descuento

*Nuestro Programa de Descuento esta diseñado para ayudarle a usted a pagar por servicios dados por Salina Family Healthcare Center. Estos servicios incluyen médicos, dentales y salud mental.

*Las aplicaciones son buenas por seis (6) meses de la fecha al frente de la aplicación o de otro modo especificado. Esto esta basado por las guías de pobreza proporcionadas anualmente por el gobierno de los E.E.U.U. Usted tiene que completar una nueva aplicación cada seis meses, o de otro modo solicitado por Salina Family Healthcare Center, a un si el tamaño de su hogar o ingresos no han cambiado.

*Si el tamaño de su hogar o ingresos cambian en cualquier modo dentro del periodo de los seis meses que su tarjeta esta en efecto, es su responsabilidad de avisarnos. A este tiempo le piden que vuelva a aplicar.

*Nada más podemos aplicar los honorarios de descuento para los servicios dados por proveedores de Salina Family Healthcare Center. No podemos descontar cargos del hospital, servicios de ambulancia, o doctores fuera de Salina Family Healthcare Center. Estudios del laboratorio y prescripciones médicas ordenadas por los doctores exteriores no se pueden descontar. Procedimientos del hospital no son conformes al descuento, pero admisión al hospital, citas de enseguida, y cargos de despedida del hospital por doctores de Salina Family Healthcare Center si son elegibles por el honorario de descuento. No podemos descontar otros servicios que puede recibir mientras este en el hospital, tales como radiografías, prescripciones, laboratorio, y otros servicios no *directamente* dados por uno de los doctores de Salina Family Healthcare Center.

*Los procedimientos internos que son electivos/no-preventivos no son elegibles para los honorarios de descuentos. Procedimientos electivos/no-preventivos son rutinariamente negados por Medicare, Medicaid, y seguro privado ya que no son considerados médicamente necesario. Ejemplos de procedimientos electivos/no-preventivos incluyen remover tatuaje, perforación, cirugía cosmética, acupuntura, visitas del cuarto de emergencia, prueba de MRI, etc. Por favor revise con nuestra oficina de negocio antes de su cita si usted tiene preguntas con respecto a cobertura de su procedimiento

*** Yo entiendo que:**

- Los honorarios son debidos a la hora de servicio.
- Soy financieramente responsable por el precio completo de los procedimientos que son electivos/no-preventivos.
- Soy responsable de investigar sobre la cobertura de servicios con la oficina de negocio antes del tratamiento, no con el proveedor a la hora del tratamiento.
- Debo volver a aplicar para el programa de descuento cada seis meses, y es mi responsabilidad recordar cuando esto es debido.
- Soy responsable de informar a Salina Family Healthcare Center cualquier cambio en el tamaño del hogar o ingresos. La falta de hacer esto puede dar lugar a la pérdida de elegibilidad de descuentos por hasta un año.
- Si califico para el programa de descuento, recibiré una tarjeta en el correo junto con una hoja con la explicación de los benéficos.
- Si no califico para el programa de descuento, me avisaran por correo. Estoy aun bienvenido a Salina Family Healthcare Center, pero seré responsable para el precio completo de los servicios dados.

Salina Family Healthcare Center reserva el derecho de verificar cualquier información presentada, ya sea a través de la tercera persona o con la petición de información adicional del solicitante. La información fraudulenta dada durante el proceso de la evaluación financiera, puede ser pruebas para el despido de la práctica y Salina Family HealthCare Center, procesará al grado más completo de la ley. Podemos ponernos en contacto con la oficina del Abogado General con respecto al comportamiento fraudulento o la mala representación, por mandato federal. **Firmando abajo reconozco que he leído la información de arriba, y que toda la información que he proporcionado en mi aplicación para el Programa de Descuento es cierta.**

Firma _____

Fecha: _____

Screener Signatura: _____