

FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN PARA CALIFICAR PARA LA ESCALA MÓVIL DE CUOTAS DE CAPITAL AREA HEALTH NETWORK

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número del Seguro Social del paciente: _____ Paciente nuevo: Sí No

Teléfono del paciente: (____) _____ Fecha de la solicitud: _____

Nombre del tutor (si el paciente es un menor): _____ NSS del tutor: _____

Capital Area Health Network (CAHN) mantiene la política de suministrar servicios de atención de salud a un costo asequible para sus pacientes que carecen de seguro médico o cuando éste no es suficiente. Esta política está diseñada para reducir las barreras que se interponen al acceso a los servicios de salud (incluyendo servicios de farmacia*) para esos pacientes. Con objeto de ofrecer servicios de atención de salud a un costo apropiado para los pacientes que califiquen para el Programa de Escala Móvil de Cuotas (escala con descuento), CAHN tiene que saber y documentar el ingreso financiero de cada paciente. Esta política garantiza que no le nieguen servicios de salud a ningún paciente por su incapacidad para pagarlos. **Todas las solicitudes tienen que incluir a todos los miembros de la familia y el ingreso total de la familia.** Sírvase tomar nota de que si no se inscribe en el Programa de Escala Móvil de Cuotas, usted será responsable de pagar la cantidad completa de su visita médica. Para más información, o si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el programa de escala móvil de cuotas, sírvase contactar a nuestro Trabajador Social Médico en el número (804-253-1984).

Ingreso anual del paciente (o tutor): _____ Tamaño de la familia del paciente (o tutor): _____

Tamaño de la familia (los que viven con usted)		*incluya al dorso los miembros adicionales de la familia
Nombre	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social (NSS)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Escala Móvil de Cuotas para Salud Médica/Mental

Móvil	Co-Pago
A	\$40
B	\$50
C	\$60
D	\$70

Escala Móvil de Cuotas para Salud Dental

Móvil	Co-Pago
A	50% de servicios
B	75% de servicios

Ingreso de la familia			
Nombre	Cantidad	Frecuencia (encierre uno en un círculo)	Empleador
1. Solicitante	\$	Bi-semanal Mensual Anual	
2. Cónyuge/Pareja	\$	Bi-semanal Mensual Anual	
3. Niños	\$	Bi-semanal Mensual Anual	
4. Otro	\$	Bi-semanal Mensual Anual	
5. Otro	\$	Bi-semanal Mensual Anual	
6. TOTAL	\$	Bi-semanal Mensual Anual	

Otro ingreso	Solicitante	Cónyuge	Niños	Otro	Subtotal
Carta informe del empleador –Estado de Ingresos					
Carta de TANF o Carta de Aviso de Acción sobre Cupones para Alimentos					
Declaración de Impuestos 1040 con todos los comprobantes W-2 del año calendario más reciente					
Estado de Beneficios del Seguro Social (SSI, SSDI, SSRI)					
Documentación de Salarios como Empleado por Cuenta Propia (Schedule C)					
Carta notarizada de verificación del mantenimiento de hijos					
Declaración actualizada de pensión alimenticia					
Beneficios de desempleo					
Beneficios de compensación del seguro obrero					
Beneficios de ayuda local en efectivo					
Pensión o anualidad					
Sumas en efectivo recibidas o retiradas de cualquier fuente, incluyendo cuentas de ahorro, inversiones, fideicomiso u otros recursos fácilmente disponibles					
Carta Notarizada de Informe del Paciente – Estado de Ingresos, firmado ante un miembro del personal como testigo					
Estado de Licenciamiento y Ganancias Militares					
Otro: _____					

Servicios de laboratorio: A los pacientes regidos por la escala móvil de cuotas se les cobrarán \$15 por las pruebas de laboratorio.

***Farmacias:** Walgreens y Kroger son las farmacias preferidas de Capital Area Health Network. Para más información y una lista de todas las farmacias asociadas a CAHN, sírvase contactar al personal de CAHN.

Con mi firma en este formulario acepto que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones estipulados en el mismo. Entiendo que estaré obligado por estos términos y estoy de acuerdo con que, a mi buen saber y entender, la información suministrada en este formulario es exacta y al día. Entiendo que este documento expirará a los seis (6) meses siguientes a la fecha de su firma. Entiendo que soy responsable de contactar a Capital Area Health Network si cambia mi situación en cuanto a calificar para el programa. Entiendo que si no deseo acogerme a la política referente a la escala móvil de cuotas y divulgar mi ingreso en la fecha de mi primera visita, seré inscrito como un paciente a pago completo.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del paciente o parte responsable: _____ Parentesco (si no es el mismo): _____

For office use only:

Date Application Completed: _____

Date Documents Received: _____

Application and Documents Reviewed by: _____