Programa de descuento de tarifa variable

Nombre (Jefe de hogar):_____ Teléfono #:_____

Dirección _____

INDIQUE TODOS LOS MIEMBROS EN SU FAMILIA *, INCLUSO SI NO ESTÁN SOLICITANDO PARA EL PROGRAMA. ESCRIBALOS EN LA PRIMERA LÍNEA.
POR FAVOR IMPRIMIR. (* FAMILIA: Individuos de un hogar, tanto familias tradicionales como no tradicionales que están unidas económicamente)

APELLIDO, NOMBRE	¿APLICA PARA EL PROGRAMA?		FECHA DE NACIMIENTO			SEXO M or F	COMO SE RELACIONA CON USTED?	# SEGURO SOCIAL (SI APLICA)	¿TIENE SEGURO MEDICO?	**OFFICE USE** **RPCN/ProAct ID#:**										
	Y	N	MONTH	DAY	YEAR					*Location (R, U, N, UD) – MRN with leading zeros*										
							USTED													

¿HA USTED APLICADO PARA MEDICAID O ALGUN OTRO SEGURO? Medicaid: SI / NO (MARQUE EN CIRCULO) Otro seguro: SI / NO (MARQUE EN CIRCULO)

Si ha aplicado, cite la fecha_____ ¿Dónde aplicó?_____ ¿Su aplicación está pendiente? SI / NO (MARQUE EN CIRCULO)

ANOTE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS BRUTOS Y LAS CANTIDADES DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MENCIONADOS ARRIBA - Toda verificación de ingresos debe estar actualizada dentro de los 30 días posteriores a la solicitud original.

EJEMPLO DE FUENTES DE INGRESOS	**QUIEN LOS RECIBE & TIPO DE INGRESO**	**INGRESO Semanal/ o x2**	**INGRESO: Mensual**	**INGRESO: Anual**
Salarios brutos / recibos de pago de sueldos para cubrir las últimas 4 semanas o declaración del empleador que proporcione información o declaración del empleador del DHHS				
Trabajador por cuenta propia: complete el formulario de desglose de 3 meses de trabajo por cuenta propia				
Pensión / Jubilación - Beneficio para veteranos - Desempleo - Compensación para trabajadores				
Discapacidad del estado de Nueva York - Asistencia pública - Ingresos por alquiler - Ingresos del huésped / inquilino				
Propiedad que genera ingresos - Existencias - Dividendos - Ingresos por intereses				
Manutención de menores - Pensión alimenticia - Préstamos - Seguro social (SSI, SSD o Jubilación de SS)				
Otro:				
				Total $ 0.00

PACIENTE DEBE DE ESCRIBIR SUS INICIALES DEBAJO EN LA LINEA

A. Entiendo que DEBO ser un paciente activo en RRH Health Center
B. Entiendo que la(s)tarjeta(s) que recibo están limitadas al sitio del Centro de Salud RRH, la farmacia designada, el laboratorio y los proveedores de rayos X.
C. Entiendo que los únicos cargos pagados por el Programa de descuento de tarifa variable son las visitas al consultorio del RRH Health Center. Esto incluye médicos, laboratorios, radiografías y recetas escritas por mi médico de atención primaria de RRH Health Center.
D. Entiendo que recibiré una lista de los procedimientos y servicios dentales cubiertos que se ofrecen en el Centro de Salud RRH en virtud de este acuerdo
E. Entiendo que el Programa de descuento de tarifa variable también puede cubrir cargos por análisis de laboratorio, radiografías o recetas solicitadas por un proveedor de atención médica de RRH.
F. Entiendo que los siguientes cargos no están cubiertos por este programa: visitas a la sala de emergencias, cargos de ambulancia, cirugía ambulatoria / ambulatoria, cargos hospitalarios para pacientes hospitalizados, visitas al consultorio de especialistas, recetas escritas por el especialista y otros cargos que no figuran en la lista.
G. Entiendo que el Proveedor del Centro de Salud de RRH no está obligado a reescribir la receta escrita por otros proveedores de salud de la comunidad.
H. Entiendo que, si hay algún cambio en mi situación financiera, debo notificar al inscrito del programa de inmediato y proporcionar información actualizada sobre los ingresos. Entiendo que si no proporcionó información actualizada perderé mis beneficios de descuento de tarifa variable.
I. Entiendo que esta aplicación es válida hasta por un año. Ciertas circunstancias pueden resultar en la rescisión

_____ **Al poner mis iniciales en esta línea, reconozco que he leído las líneas A a I anteriores.**

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Esto es para certificar que la información que he proporcionado con respecto a mi estado financiero actual y la composición familiar es verdadera y precisa, según mi leal saber y entender. Se me ha explicado la cobertura que brinda el programa. Me han entregado una carta que explica todos los servicios y dónde se pueden obtener. También entiendo que siempre debo presentar mi tarjeta cuando obtengo servicios. Se me ha explicado el período de autorización y el monto del descuento / copago y comprendo ambos.

☐ Idioma preferido de la paciente / representante legal:_____Nombre del intérprete: _____

_____ _____ _____

Nombre del solicitante / jefe de familia (en letra de imprenta) Solicitante / Jefa de Firma Familiar Fecha

Si llenó esta solicitud en nombre de otra persona, escriba en letra de imprenta y firme su nombre, y proporcione su relación con el solicitante.

_____ _____ _____

Nombre del representante en letra imprenta Firma del representante Relación del representante con el solicitante/jefe de familia

FOR OFFICE USE ONLY

_____Recertification _____New Application Processed By_____ Date App Received:_____ Date App Processed:_____

Slide Level: _____ Authorization Period:_____ Card Given:_____ Added to CareConnect:_____ Date Sent to ProAct:_____