

Heart of Kansas Family Health Care, Inc

Discount Eligibility Information

¿Por qué Heart of Kansas necesita conocer su ingreso familiar?

Al ser una clínica de FQHC, algunos de nuestros fondos se nos proporcionan a través de ciertas subvenciones. Para la mayoría de estas subvenciones, la información de ingresos de todos nuestros pacientes es necesaria para demostrar la necesidad financiera en las comunidades a las que servimos. Con el fin de obtener y seguir manteniendo estas subvenciones, necesitamos proporcionar información de ingresos para demostrar que estamos sirviendo a las personas, a las cuales estos fondos de la subvención están destinados.

¿Cómo califico?

Se pide a todos los solicitantes que proporcionen una prueba del tamaño y los ingresos del hogar para calificar para tarifas con descuento. Hay un período de gracia de 48 horas (días avilés) desde la fecha de su visita hasta el momento en que se debe devolver la solicitud. Junto con la solicitud, se debe incluir una prueba de ingresos válida. Si la solicitud y la prueba de ingresos no se devuelven dentro de 48 horas, usted será responsable del 100% de los cargos. Si esta información se devuelve dentro de las 48 horas dadas y el paciente califica para el descuento de la tarifa deslizando, los ajustes se harán comenzando con la fecha en que la solicitud fue proporcionada por primera vez al paciente. La información se actualizará al menos una vez al año, o en cualquier momento, que los ingresos, el tamaño del hogar (personas) y/o el estado del seguro médico (aseguranza) cambie. Es su responsabilidad mantener una aplicación de descuento de tarifa deslizando actualizada con Heart of Kansas.

Tarifas nominales:

Heart of Kansas requiere que los pacientes elegibles para el descuento paguen una tarifa nominal por cada visita médica y de salud conductual. La tarifa nominal requerida puede diferir dependiendo del nivel de descuento que la solicitud de un paciente haya determinado que caiga bajo. Se pueden requerir cargos adicionales para otros servicios/programas ofrecidos por nuestra clínica, tales como, pero no limitándose a: programa de asistencia al paciente para medicamentos, vales de corazón de Kansas, tiras de monitor de glucosa, así como algunos servicios específicos que tienen su propia tarifa plana independientemente de la calificación de escala de honorarios deslizando. Los cargos por tarifa nominal están sujetos a cambios y se les pedirá que se recopile en el momento del servicio

Términos definidos

Ingresos: dinero total antes de impuestos de todas las fuentes tales como, pero no limitado a:

- **Ingreso y salario** por su propia cuenta (Empleo)
- **Recibos de Auto Empleo/** carta de trabajo con toda la información necesaria.
- **Ingresos por dividendos**, intereses o ingresos de fincas o fideicomisos
- **Beneficios suplementarios** por medio de Worker's Comp
- **Pagos regulares a través de:**
 - seguro social/Retiro Manutención Incapacidad Desempleo
 - Pensiones privadas o de gobierno Asistencia de Familiares/ Amistades

Hogar: Son todas las personas que viven dentro de una sola dirección, relacionadas o no, que comparten el costo de vida o son apoyadas de otra manera por una o más formas de ingresos dentro del hogar.

FQHC (centro de Salud federalmente calificado): proveedores de atención médica comunitarios que reciben fondos del programa del centro de salud de HRSA para proporcionar servicios de atención primaria en áreas poco atendidas. Deben cumplir con un estricto conjunto de requisitos, incluyendo la prestación de atención en una escala de cuotas de deslizamiento basada en la capacidad de pagar y siguiendo las pautas de Medicare/Medicaid para calificar para fondos de subvenciones que les permitan proporcionar ser adicionales.

Por Favor entregue la documentación requerida toda **junta Con su comprobante de domicilio (bill)**. Si su solicitud y los documentos/comprobantes no son entregados al mismo tiempo su solicitud será marcada como Incompleta. Nosotros no Podemos procesar solicitudes incompletas.

Para Preguntas llame, por favor al (620) 792 -5700 Ext 147 April Trantham (Asistente de Acontabilidad) Gracias

Please continue to the next page to fill out our application in order to determine eligibility for discounted services.



Applicacion Para Escala De Descuento

Derteminacion De Descuento



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tiene seguro medico? (aseguranza): SI NO

*Tamano de Hogar		
Nombre	Fec./Nac	Parentesco

*** Un Hogar** Se define como todas las presonas que viven dentro de una sola direccion, relacionadas o no, que compartan el costo de vida o que de otra manera son apoyados por uno o mas ingresos dentro de la casa.

Ingresos del Hogar			
Ingreso de Empleo (saldo/salario obtenido de trabajo)			
Nombre	Saldo de pago	(Por favor Circule)	Horas por Semana
Usted	\$	Por hora o Salario	
Esposo/a	\$	Por hora o Salario	
Hijo	\$	Por hora o Salario	
Hijo	\$	Por hora o Salario	
Hijo	\$	Por hora o Salario	
Otro	\$	Por hora o Salario	
	\$	Por hora o Salario	

Comprobante de Ingreso Se requerira una prueba de ingresos para todos los ingresos dentro del hogar. Por favor, consulte a la recepcionista para obtener ayuda para determinar la prueba aceptable necesaria en base a los ingresos enumerados en su solicitud.

Otros Ingresos	Usted	Esposo/a	Hijos	Otro	Otro	Subtotal
Seguro Social/Discapacidad						
Desempleo						
Manutencion de Menores						
Pencion Alimenticia						
Retiro- Jubilacion						
Empleo por su propia cuenta						
Pension de empleo o privada						
Otro						
					Total	\$

NOTA: Para cumplir con las Regulaciones federales y proporcionarle un descuento en Nuestros Servicios, Es necesario hacerle unas preguntas personales. Sus respuestas se mantendran archivadas y estrictamente confidenciales. Usted Debe actualizar sus ingresos por lo menos una vez cada ano.

Por la presente juro y a firmo que la informacion proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, segun a mi consimientto. Acepto que cualquier informacion falsificada y ommitida puede descalificarme para ser considerado/a. Para el programa de la escala de descuento. Por lo presente reconosco que he leido y comprendo la divulgacion anterior.

Firma: _____

Print (Padre/Tutor Legal): _____

Fecha: _____