

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.



Solicitud Para Escala De Descuento

¡TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA PARA CALIFICAR!

Nombre del Paciente: _____

Tiene seguro medico? (aseguranza): **SI** **NO** Fecha de Nacimiento: _____

*Tamano de Hogar					* 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.		
Nombre	ID	Fec./Nac	Parenteso	Seguro SI / No			
Ingresos del Hogar					Comprobante de Ingreso Se requerira una prueba de ingresos para todos los ingresos dentro del hogar. Los ejemplos incluyen: Talones de pago, declaración de impuestos actual, documentación del estado de KS relacionada con los ingresos, documentación del Departamento de Ingresos de KS, una carta laboral del empleador o documentación judicial relacionada con manutención infantil o pensión alimenticia.		
Ingreso de Empleo (saldo/salario obtenido de trabajo)							
Nombre	Saldo de	(Por favor	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					
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 consimiento. Acepto que cualquier informacion falsificada y ommitida puede descalificarme para ser considerado/a. Para el programa de la escala de descuento. Por lo presente reconozco que he leído y comprendo la divulgacion anterior.

Firma: _____

Print (Padre/Tutor Legal): _____ Date: _____

Solo para uso de oficina	
52 (weeks per year) x _____ (hours per week) = _____ (total yearly hours) x _____ hourly pay rate = _____	total annual salary ÷ by 12 (months per year) = _____ monthly gross income calculation.
Sliding Fee Determination: _____ Effective Date: _____ Expiration Date: _____	
Address Verification: ___ Yes ___ No ___ Type/Other: _____	Staff initials: _____