



SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES Y DECLARACION FINANCIERA

Ofrecemos el programa de Descuentos de Tarifas Deslizantes a todos los pacientes con ingreso elegible que no tienen seguro o tienen seguro insuficiente a base de el ingreso anual y el número de miembros de familia en el hogar. El Descuento de Tarifas Deslizantes proporciona costos reducidos o costos nominales en casi todos los servicios.

Elegibilidad. Pacientes que no pueden pagar para todo o partes de el costo de cuidado médico necesario y que han agotado su cobertura de recursos privados o públicos podrían ser elegible para el Descuento de Tarifas Deslizantes. Antes de que sean considerados para elegibilidad, pacientes son requeridos aplicar para cobertura pública y/o cobertura privada, como Medicare, Medi-Cal, por cual podrían ser elegibles. Pacientes serán asistidos según sea necesario en determinando el enlace a estos programas y en aplicando para tal cobertura. Descuentos no podrán ser aplicados a el costo compartido de Medi-Cal.

¿Cómo califico? Para calificar para las Tarifas de Escala Deslizante, pacientes deben proporcionar información sobre el ingreso familiar. El ingreso bruto familiar será verificado con prueba de documentación de ingresos. El ingreso bruto es el ingreso total de todas las fuentes antes de impuestos.

¿Como comienso? Para empesar la corespondencia del proceso para Tarifas Deslizantes, simplemente complete esta forma y mandela a la Oficina del Distrito. Patterson District Ambulance y Del Puerto Health Center acepta todos los planes de aseguranzas de Medicare y Medicaid, tanto como la mayoría de aseguranzas, pero hay posibilidad de responsabilidad de parte del paciente aún después que su aseguranza pagé. Su descuento es re-verificado cada año.

A nadie se le negará acceso de servicios en Patterson District Ambulance o Del Puerto Health Center, los servicios se ofrecen a pesar de la posición de aseguranza o la habilidad para pagar.

Favor de completar los dos lados de está forma y completar cada espacio en blanco con una respuesta. Favor de escribir "-0-" o "n/a" "ninguno" si una pregunta no aplica. Al completar, regrese la solucitud junto con la documentación cual prueba sus ingresos.

Información de Familia							
NOMBRE DE LA CABEZA DE FAMILIA				EL MEJOR NUMERO DE TELEFONO			
DOMICILIO DE LA RESIDENCIA				CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
DIRECCION POSTAL				CUIDADA	ESTADO	CODIGO POSTAL	
CORREO ELECTRONICO				LUGAR DE EMPLEO			
¿Tiene aseguranza médica? Sí No		Si no, ¿a aplicado para aseguranza médica? Sí No		Si la respuesta es si, ¿quien de su familia está cubierta en la póliza de la aseguranza médica?			
Nombre de los miembros de familia	La Relación	Aseguranza ?	Fecha de nacimiento	Nombre de los miembros de familia	La Relación	Aseguranza ?	Fecha de nacimiento
1.Uno Mismo	Uno Mismo	Sí No		5.DEPENDIENTE		Sí No	
2.EPOSA/ESPOSO		Sí No		6.DEPENDIENTE		Sí No	
3.DEPENDIENTE		Sí No		7.DEPENDIENTE		Sí No	
4.DEPENDIENTE		Sí No		8.DEPENDIENTE		Sí No	
Ingreso Bruto Anual Por Fuente				Uno Mismo	Esposa/o	Otro	Total
Sueldos brutos, ingresos, propinas, etc. (información de talon de cheque, declaración de impuestos, Forma W-2 o 1099)				\$	\$	\$	\$
Ingreso de negocio, autónomo, y dependientes (copia de impuestos)							
Compensación de desempleo, indemnización laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplemental, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingreso por jubilación							
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia de educación, pensión compensatoria, pensión alimenticia, asistencia afuera de familia, y otras fuentes diversas.							
El Total de Ingresos				\$	\$	\$	\$

SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES Y DECLARACION FINANCIERA

_____ Personas en su familia:(marque todos los que corresponden)

_____ Tienen empleo	_____ Estan desempleados
_____ Estan recibiendo asistencia pública (Ex: Desempleo, CalWORKs, SSI etc)	_____ Estan jubilados
	_____ Son autónomos

_____ Por favor ajuntar documentos de sueldo para cada miembro de familia (marque todos los que corresponden)

_____ Dos (2) talones de pago actuales	_____ Copia de cartas de beneficios para compensación de desempleo, Indemnización laboral, seguro social, Ingresos de seguridad suplementales, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingreso por jubilación
_____ Forma W-2 or 1099 del IRS	
_____ Reciente declaración de impuestos federales	

Pregunta: Si tiene preguntas, por favor de comunicarse con la oficina del Distrito al 209-892-8781 y preguntará por Asistencia Financiera par Pacientes o mande un correo electrónico a admin@dphealth.org.

Declaración Financiera del Solicitante:

- Por este medio yo certifico que la información de está forma es según atiendo cierta y correcta.
- Además estoy de acuerdo en notificar a Patterson District Ambulance o Del Puerto Health Center de cualquier cambio de esta información dentro de diez (10) días de tal cambio.
- Entiendo que necesito re-calificar cada año para mantener mi elegibilidad. Estoy conciente que está información es revisada y basada sobre las guias federales de pobreza, son publicadas anualmente por el gobierno federal.
- Etoy suministrada está información y solicito que Patterson District Ambulance y o Del Puerto Health Center renuncie una porcion o el balance restante (Medicare o otra aseguranza co-pago, co-aseguranza, o deducible cantidad debida) basada en mi situación financiera.
- Estoy de acuerdo en ser responsable por cualquier balance restante despues de la aplicación de cualquier descuento por Patterson District Ambulance o Del Puerto Health Center.
- Estoy de acuerdo en pagar las tarifas puntualmente, para mantener mi descuento.

Fecha: _____ Nombre (Imprima): _____

Firma: _____

Regrese la solicitud completa a:

(Correo)
Del Puerto Health Care District
PO Box 187
Patterson, CA 95363

(Entregar en Persona)
Patterson District Ambulance
875 E Street
Patterson, CA 95363

(Entregar en Persona)
Del Puerto Health Center
1700 Keystone Pacific Pkwy, Unit B
Patterson, CA 95363

Uso de oficina solamente

Patient Name:		Date Approved:	
Approved Discount:		Approved by:	
	Verify Documents Received	Yes	No
	Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or other		
	Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
	Insurance: Insurance Cards		