

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_\_\_\_ Por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Seleccione una) Estado: Descuento ○ A ○ B ○ C ○ D ○ E Denegado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (36) meses

Querido Solicitante,

Genesis Health Care, Inc. lo invita a aplicar a nuestro programa de Descuento de Tarifa Móvil. Estamos dedicados a proveer servicios de salud a precios asequibles para los miembros de nuestra comunidad. La elegibilidad para el programa está basada en diferentes factores, incluyendo sus ingresos domésticos anuales y el número de personas viviendo en el hogar. Por favor rellene el papeleo adjunto completamente y envíenoslo con la documentación necesaria.

Las solicitudes son diligenciadas correctamente serán procesados, y se le será enviada una carta con el descuento determinado. Si su solicitud es denegada, le enviaremos una carta explicando la razón de la denegación de esta.

Información faltante o solicitudes incompletas serán puestos en espera hasta que recibamos toda la información requerida. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame al (843) 393-7452 en horario de oficina y pregunte por nuestro Coordinador Financiero.

Gracias por su cooperación en completar su solicitud para que así podamos ayudarlo a obtener asistencia financiera para sus servicios de salud aquí en Genesis Health Care.

Sinceramente,

Genesis Health Care, Inc.

**Solicitud de Escala De Tarifa Móvil**

**Para cumplir con las regulaciones federales y ofrecerle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario preguntar datos personales. Sus respuestas serán mantenidas en estricta confidencialidad en nuestros archivos. Usted deberá comprobar su ingreso al menos una vez al año junto con el número de personas en su hogar. El correcto comprobante de ingresos será de la siguiente forma: Su declaración de impuestos anual (debe ser completada), copia de sus talonarios de sueldo del mes pasado, o si ninguno de los dos es posible, usted tendrá que firmar el Acuerdo de Autocertificación Financiera del Paciente.**

Primer Nombre: Segundo Nombre: Apellidos: Otros Nombres:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

# de Teléfono: # Seguridad social:

Fecha de nacimiento: Estado Civil: □ Soltero □ Casado □ Divorciado □ Separado

 □ Viudo □ En una relación abierta

¿Se considera usted una persona sin hogar? ¿Ha aplicado usted a asistencia médica?

 □ Sí □ No □ Sí □ No

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miembros del Hogar** | **Nombre** | **Fecha de nacimiento Mes/Día/Año** | **Número de seguridad social** | **Seguro médico** | **Relación** | **¿Paciente en GHC?** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ingreso** | **Ingreso Mensual/Anual** | **Para USTED** | **Para CÓNYUGUE** | **Para NIÑOS** | **Para OTROS** | **Subtotal** |
| Salarios brutos, salarios, y propinas |  |  |  |  |  |
| Seguridad social y pensiones |  |  |  |  |  |
| Anualidades y beneficios de veterano |  |  |  |  |  |
| Manutensión infantil y pensiones |  |  |  |  |  |
| Empleado independiente y otros |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | TOTAL |  |

***Acuerdo de Autocertificación Financiera del Paciente.***

***Yo entiendo que Genesis Health Care, Inc. usará la información que he suministrado para determinar mi elegibilidad financiera y así aplicar al subsidio federal de servicios médicos. Yo atestiguo que la información que he suministrado a Genesis Health Care, Inc. es verídica y correcta.***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***L.F.***

***Firma del paciente***

*USO PERMITIDO SOLO PARA LOS EMPLEADOS DE GHC:*

Determinación de la clasificación:

\_\_\_\_\_ **El solicitante califica al Programa de Descuento de Tarifa Móvil y será clasificado como:**

 \_\_\_\_\_ Nivel A : $15.00 cada visita como mínimo

 \_\_\_\_\_ Nivel B : 15% de recargo o 15% de lo permitido al paciente por la aseguradora

 \_\_\_\_\_ Nivel C : 30% de recargo o 30% de lo permitido al paciente por la aseguradora

 \_\_\_\_\_ Nivel D : 50% de recargo o 50% de lo permitido al paciente por la aseguradora

 \_\_\_\_\_ Nivel E : 70% de recargo o 70% de lo permitido al paciente por la aseguradora

**Esta clasificación es válida por un periodo de 36 meses terminando en: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de envío de la carta: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **El solicitante no califica para el Programa de Descuento de Tarifa Móvil en este momento**

Fecha de envío carta de denegación: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del empleado de GHC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicitud de Escala de Tarifa Móvil

Al completar y entregar esta solicitud, certifico que:

1. Estoy autorizado para diligenciar la solicitud mencionada anteriormente con el propósito de obtener asistencia financiera de acuerdo con las directrices del Programa de Descuento de Tarifa Móvil del Genesis Health Care.
2. Toda la información suministrada en esta solicitud es verídica y correcta, y no he omitido información alguna.
3. Entiendo que, al momento de haber algún cambio en el total de mi ingreso doméstico o tamaño de mi hogar, lo notificaré al Genesis Health Care, Inc. y dichos cambios serán soportados suministrando la información apropiada.
4. Esta solicitud para el Programa de Descuento de Tarifa Móvil es válida máximo por treinta-y-seis (36) meses desde la fecha de aprobación. De todos modos, entiendo que mi ingreso y tamaño de mi hogar serán verificados anualmente.
5. Tengo al menos 18 años o he sido declarado como emancipado por una corte, matrimonio u otra razón legal.

6. Entiendo y acepto el hecho que, en caso de haber información falsa en esta solicitud, esta será denegada, y como tal, seré responsable por el 100% de los gastos médicos acumulados en el Genesis Health Care, Inc.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del empleado del GHC Fecha

 Revised 09/22/2016