



FECHA: \_\_\_\_\_

Querido solicitante,

Génesis Health Care, Inc. le invita a aplicar para nuestro programa móvil de tarifas. Estamos dedicados a brindar atención médica de calidad a precios asequibles para los residentes de nuestra comunidad. La elegibilidad para el programa se basa en varios factores, incluyendo su ingreso familiar anual y el tamaño de la familia de los que viven en el hogar. Por favor llenar el papeleo adjunta en su totalidad y devolverlo a nosotros con la documentación necesaria. Toda la información proporcionada se mantendrá en archivo y en estricta confidencialidad.

Las solicitudes completas serán procesadas, y una carta con su determinación de descuento serán enviados por correo a usted. Si se rechaza su solicitud, se le enviará por correo una carta con una explicación de la negación.

información que falta o aplicaciones incompletas colocar la aplicación en suspenso hasta que recibamos toda la información necesaria para determinar el nivel de descuento apropiada. Para continuar calificando, debe verificar los ingresos del hogar familiar y el tamaño sobre una base anual. Si tienes alguna pregunta, por favor llame al (843) 393-7452 durante el horario normal y pedir una Asesor financiero .

Gracias por su cooperación en convertir en una aplicación completa para que podamos ayudarle a obtener asistencia financiera para sus servicios de salud aquí en la atención sanitaria que Génesis.

Sinceramente,

Cuidado de la Salud Génesis, Inc.

Nombre del solicitante: Last \_\_\_\_\_ Primera \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

### Sliding Aplicación Escala Fee

Prueba de ingresos aceptable incluye, pero no se limita a: su declaración de impuestos anual (debe ser completada), copia de los talones de pago del último mes, estado de cuenta actual, mostrando el depósito directo, o puede firmar el paciente Financiera Acuerdo Auto-testimonio.

Nombre de pila:	Medio:	Último:	
Dirección de casa:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Tel:	Fecha de nacimiento:		
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			
¿Se considera usted sin hogar?		¿Ha solicitado asistencia médica?	
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
¿Usted o algún miembro de su hogar de la familia recibe ayuda adicional de Medicare o cualquier otro tipo de subsidio de bajos ingresos?			
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
Si no, le gustaría tener ayuda para solicitar cualquier ayuda adicional?			
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			

	Nombre	relación DOB		Seguro de Salud	Método de verificación de ingresos	Frecuencia de Ingresos	Ingresos	Paciente GHC?	Número de cuenta
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

El ingreso total anual: \_\_\_\_\_

#### Paciente Financiero Auto-testimonio Acuerdo / Reconocimiento

*Yo entiendo que el Génesis Health Care, Inc. utilizará la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad financiera para el cuidado de la salud con subsidio federal. Yo más fe de que la información que he proporcionado a la atención médica Génesis, Inc. es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar GHC de cualquier cambio en mis ingresos. También entiendo que tengo que volver a solicitar el programa móvil de tarifas cada 12 meses, o antes si cambia mi ingreso del hogar familiar.*

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Adicionales Sociales / Otras consideraciones:

1. Por favor, indique la participación en cualquiera de los siguientes programas de asistencia financiera (marque todo lo que corresponda):

asistencia Discapacidad incluyendo SSI, SSDI  Asistencia de Veteranos de Asistencia  Temporal para Familias Necesitadas  
 beneficios privados a corto / largo plazo Discapacidad  remuneración de los trabajadores  Asistencia Agua  Otro

2. Por favor indique si está afectado por cualquiera de los siguientes ADL (actividades de la vida diaria) Dificultades (marcar lo que corresponda):

Comer  Movilidad  Baño  Ir al baño  Dressing

3. Por favor indique si usted sufre de alguna de las siguientes enfermedades (marcar lo que corresponda):

ALS  cáncer  MS  de Parkinson  obesidad mórbida enfermedad  de Alzheimer

4. Por favor indique si está tomando alguno de los siguientes medicamentos basados en un diagnosticados enfermo (marcar lo que corresponda):

Medicamentos Oncológicos  Medicamento especializado  Un solo medicamento con el costo de su bolsillo superior \$ 100 por mes

5. ¿Tiene dificultades para pagar los gastos mensuales y para los medicamentos necesarios?  Sí  No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

6. ¿Toma 7 o más medicamentos prescritos al mes?  Sí  No

7. Por favor indique el% del ingreso mensual / anual contribuido a la siguiente:

\_\_\_\_\_ gastos de atención médica (con excepción de los medicamentos) \_\_\_\_\_ de préstamos estudiantiles

\_\_\_\_\_ de cuidado del dependiente (s)

\_\_\_\_\_ Otro

\_\_\_\_\_ total mensual / anual de ingresos%

Paciente Financiero Auto-testimonio Acuerdo / Reconocimiento

*Yo entiendo que el Génesis Health Care, Inc. utilizará la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad financiera para el cuidado de la salud con subsidio federal. Yo más fe de que la información que he proporcionado a la atención médica Génesis, Inc. es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar GHC de cualquier cambio en mis ingresos. También entiendo que tengo que volver a solicitar el programa móvil de tarifas cada 12 meses, o antes si cambia mi ingreso del hogar familiar.*

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

*Doy fe de que he explicado la aplicación al paciente, revisado toda la información proporcionada por el paciente, confirmó que toda la documentación requerida está presente, contestado todas las preguntas relacionadas con la aplicación, y han determinado que la solicitud se ha completado en su totalidad.*

Firma del personal GHC: \_\_\_\_\_

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

GHC uso exclusivo del personal:

Nombre del solicitante:

Última: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ # Cuenta: \_\_\_\_\_

**Determinación de calificación:**

**2020 DEL VISITAS FICE**

		NIVEL A 100% de FPG  Tarifa nominal de \$ 15 o \$ 0		NIVEL B 100% - 125% FPG  Pagar el 15% de la tarifa estándar		NIVEL C 125% - 150% FPG  Pagar el 30% de la tarifa estándar		NIVEL D 150% - 175% FPG  Pagar el 50% de la tarifa estándar		NIVEL E 175% - 200% del FPG  Pagar el 70% de la tarifa estándar		NIVEL F 200% - 300% FPG  Pagar el 100% de Office Standard visita Fee	
Tamaño de la familia	Ingreso anual a partir de:	a:	Ingreso anual a partir de:	a:	Ingreso anual a partir de:	a:	Ingreso anual a partir de:	a:	Ingreso anual a partir de:	a:	Ingreso anual a partir de:	a:	
1	\$ 0.00	\$ 12,760	\$ 12,760.01	\$ 15,950	\$ 15,950.01	\$ 19,140	\$ 19,140.01	\$ 22,330	\$ 22,330.01	\$ 25,520	\$ 25,520.01	\$ 38,280	
2	\$ 0.00	\$ 17,240	\$ 17,240.01	\$ 21,550	\$ 21,550.01	\$ 25,860	\$ 25,860.01	\$ 30,170	\$ 30,170.01	\$ 34,480	\$ 34,480.01	\$ 51,720	
3	\$ 0.00	\$ 21,720	\$ 21,720.01	\$ 27,150	\$ 27,150.01	\$ 32,580	\$ 32,580.01	\$ 38,010 mil	\$ 38,010.01	\$ 43,440 mil	\$ 43,440.01	\$ 65,160	
4	\$ 0.00	\$ 26,200	\$ 26,200.01	\$ 32,750	\$ 32,750.01	\$ 39,300	\$ 39,300.01	\$ 45,850 mil	\$ 45,850.01	\$ 52,400	\$ 52,400.01	\$ 78,600	
5	\$ 0.00	\$ 30,680	\$ 30,680.01	\$ 38,350	\$ 38,350.01	\$ 46,020	\$ 46,020.01	\$ 53,690	\$ 53,690.01	\$ 61,360	\$ 61,360.01	\$ 92,040	
6	\$ 0.00	\$ 35,160	\$ 35,160.01	\$ 43,950	\$ 43,950.01	\$ 52,740	\$ 52,740.01	\$ 61,530	\$ 61,530.01	\$ 70,320	\$ 70,320.01	\$ 105,480	
7	\$ 0.00	\$ 39,640	\$ 39,640.01	\$ 49,550	\$ 49,550.01	\$ 59,460	\$ 59,460.01	\$ 69,370 mil	\$ 69,370.01	\$ 79,280	\$ 79,280.01	\$ 118,920	
8	\$ 0.00	\$ 44,120	\$ 44,120.01	\$ 55,150	\$ 55,150.01	\$ 66,180	\$ 66,180.01	\$ 77,210	\$ 77,210.01	\$ 88,240	\$ 88,240.01	\$ 132,360	

\* Sobre la base de la capacidad de pago del paciente

Poblaciones adicionales de utilización de datos (todos los grupos inferiores a pagar el 100% del estándar consultorio de pago):

- Nivel G - Los pacientes en el 301% de la pobreza o mayor que cumplen adicionales sociales / otras consideraciones identificadas en SF aplicación Page 3
- Nivel H - Los pacientes en 301% o la pobreza o mayor sin sociales / otras consideraciones adicionales como se identifica en SF aplicación Page 3

Para las familias con más de 8 miembros, agregue por cada miembro adicional: 100% de la pobreza

	\$ 4480
125% de la pobreza	\$ 5600
150% de la pobreza	\$ 6720
175% de la pobreza	\$ 7840
200% de la pobreza	\$ 8960
300% de la pobreza	\$ 13440

**2020 S ANCILLARY ERVICIO**

	NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C	NIVEL D	NIVEL E	NIVEL F
Densidad osea	\$ 5.00	\$ 7,00	\$ 9,00	\$ 11,00	\$ 13,00	Cuota completa Auxiliar
Radiología	\$ 10.00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	\$ 18,00	Cuota completa Auxiliar
Ultrasonido	\$ 10.00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	\$ 18,00	Cuota completa Auxiliar
La ecocardiografía					\$ 18,00	Cuota completa Auxiliar
Exámenes / Vascular	\$ 10.00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00		
Laboratorio	\$ 15.00	\$ 17,00	\$ 19,00	\$ 21,00	\$ 23,00	Cuota completa Auxiliar

\* Nivel F se calcula para obtener datos de utilización y requiere el pago de 100% de la tarifa asociada con servicio auxiliar

Nombre del solicitante:

Última: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ # Cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Los solicitantes califica para el Programa de honorarios y se clasifican de la siguiente manera:

DIPOSITIVA NIVEL: \_\_\_\_\_

Esta calificación es por un período de 12 meses: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

tarjeta de fecha por correo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha entrada en EMR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ El solicitante no cumple los requisitos para el programa en este momento

Carta de rechazo Enviado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Doy fe de que he explicado la aplicación al paciente, revisado toda la información proporcionada por el paciente, confirmé que toda la documentación requerida está presente, contestado todas las preguntas relacionadas con la aplicación, y han determinado que la solicitud se ha completado en su totalidad.*

Firma del personal GHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_