



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

Querido Solicitante,

Genesis Health Care, Inc. lo invita a solicitar nuestro Programa de tarifas variables. Estamos dedicados a brindar atención médica de calidad a precios asequibles a los residentes de nuestra comunidad. La elegibilidad para el programa se basa en varios factores, incluidos los ingresos familiares anuales y el tamaño de la familia de las personas que viven en el hogar. Complete la documentación adjunta en su totalidad y devuélvanosla con la documentación necesaria. Toda la información proporcionada se mantendrá archivada y en estricta confidencialidad.

Se procesarán las solicitudes completadas y se le enviará por correo una carta con la determinación del descuento. Si se rechaza su solicitud, le enviaremos una carta con una explicación de la denegación.

La información faltante o las solicitudes incompletas pondrán la solicitud en espera hasta que recibamos toda la información necesaria para determinar el nivel de descuento apropiado. Para continuar calificando, debe verificar los ingresos y el tamaño del hogar familiar anualmente. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al (843) 393-7452 durante el horario laboral normal y solicite un asesor financiero.

Gracias por su cooperación al entregar una solicitud completa para que podamos ayudarlo a obtener asistencia financiera para sus servicios de atención médica aquí en Genesis Health Care.

Sinceramente,

Genesis Health Care, Inc.

Nombre del solicitante: Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

## Solicitud de escala móvil de tarifas

La prueba de ingresos aceptables incluye, pero no se limita a: su declaración anual de impuestos sobre la renta (debe ser completada), copia de los talones de su cheque de pago del último mes, el extracto bancario actual muestra el depósito directo. Si no tiene la anterior prueba de que puede firmar el Acuerdo de autodeclaración financiera del paciente.

Nombre de pila:		Medio:		Último:						
Direccion de casa:		Estado de la Ciudad:		Código Postal:						
# De teléfono:		Fecha de nacimiento:								
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo										
¿Te consideras una persona sin hogar?					¿Ha solicitado asistencia médica?					
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
¿Recibe usted o algún miembro de su familia la Ayuda Adicional de Medicare o algún otro tipo de subsidio para personas de bajos ingresos?										
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no										
En caso negativo, ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar ayuda adicional?										
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no										
Para ser completado por Patient / guardian para CADA miembro de la familia del casa		<b>Nombre DOB Salud</b>	<b>Relación</b>	<b>DOB</b>	<b>Salud Seguro</b>	<b>Ingresos Verificación Método</b>	<b>Ingresos Frecuencia</b>	<b>Ingresos</b>	<b>GHC ¿Paciente?</b>	<b>Cuenta Número</b>
	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
	6.									
	7.									

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

## Acuerdo / Reconocimiento de Autodeclaración Financiera del Paciente

\_\_\_\_ Entiendo que Genesis Health Care, Inc. utilizará la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad para atención médica subsidiada por el gobierno federal. Además, doy fe de que la información que le he proporcionado a Genesis Health Care, Inc. es veraz y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a GHC de cualquier cambio en mis ingresos. Yo también Entiendo que debo volver a solicitar el programa de tarifa variable cada 12 meses, o antes si el ingreso de mi familia cambia.

\_\_\_\_ Reconozco que se me ha proporcionado información relacionada con esta Solicitud y ME RECHAZO a participar en esta hora.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Razón del rechazo (si corresponde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Consideraciones sociales / de otro tipo adicionales:

1. Indique su participación en cualquiera de los siguientes programas de asistencia financiera (marque todos los que correspondan):

- Asistencia por discapacidad que incluye SSI, SSDI       Asistencia para veteranos       Compensación para trabajadores
- Beneficios privados por discapacidad a corto / largo plazo       Asistencia temporal para familias necesitadas
- Asistencia de agua       Otro

2. Por favor indique si se ve afectado por alguna de las siguientes dificultades de AVD (actividades de la vida diaria) (marque todas que se aplica):

- Comer       Movilidad       Bañarse       Ir al baño       Vestirse

3. Indique si padece alguna de las siguientes enfermedades (marque todas las que correspondan):

- ALS       Cáncer       EM       Parkinson       Alzheimer       3 o más enfermedades crónicas

\* Si se marcan 3 o más enfermedades crónicas, enumere: \_\_\_\_\_

4. Indique si toma alguno de los siguientes medicamentos en función de una enfermedad diagnosticada (marque todos los que correspondan):

- Medicamentos oncológicos       Medicamentos especializados       Un solo medicamento con costo de bolsillo excediendo los \$ 100 por mes

5. ¿Tiene dificultad para pagar los gastos mensuales y los medicamentos necesarios?       Si       No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

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

7. Indique el% de los ingresos mensuales / anuales contribuidos a lo siguiente:

- Gastos de atención médica (que no sean medicamentos)
- Préstamo estudiantil
- Gastos de cuidado de dependientes
- Otro \_\_\_\_\_ % total mensual / anual de ingresos

**Acuerdo / Reconocimiento de Autodeclaración Financiera del Paciente**

**Declaraciones del paciente (escriba sus iniciales)**

\_\_\_\_\_ Si mi solicitud es aprobada, solicito que todos mis medicamentos sean surtidos por una farmacia de GHC;

\_\_\_\_\_ Tengo la libertad de surtir mis recetas en cualquier farmacia y elijo voluntariamente utilizar los servicios de Farmacia profesional y entiendo que puedo elegir otra farmacia cuando lo desee notificando a GHC en escritura;

\_\_\_\_\_ Solicito que mis recetas se surtan con medicamentos de marca cuando estén disponibles. Esta declaración y solicitud permanece en pleno vigor y efecto hasta que solicite lo contrario, por escrito;

\_\_\_\_\_ Reconozco que GHC puede obtener Autorizaciones Previas para medicamentos de marca según lo autorice en estedocumento;

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo y solicito que GHC procese todos los cupones del fabricante en mi nombre;

\_\_\_\_\_ Autorizo a GHC a entregarme o enviarme por correo mis recetas en caso de que no pueda recogerlas;

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en tomar todos los medicamentos según lo prescrito y notificaré a GHC inmediatamente en caso de que no pueda seguirinstrucciones de medicamentos recetados;

\_\_\_\_\_ Certifico, bajo pena de la ley, en base a información y creencias formadas después de una investigación razonable, las declaracionescontenidos en este documento son precisos y completos; y

\_\_\_\_\_ Participaré activamente en cualquier programa prescrito por mis médicos, como Administración de casos, Administración, atención preventiva, programas de bienestar y otros programas y / o servicios similares.

***Doy fe de que la información anterior proporcionada a GHC es verdadera y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad notificar GHC de cualquier cambio en mis ingresos y que debo volver a solicitar este programa cada 12 meses, o antes si mi familia cambios en los ingresos del hogar.***

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Me niego a utilizar una farmacia de GHC para surtir mis medicamentos y deseo que me surtan cualquier medicamento recetado en un diferente farmacia de mi elección.***

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Doy fe de haber explicado la aplicación al paciente, revisado toda la información proporcionada por el paciente, confirmado que toda la documentación requerida esté presente, haya respondido a todas las preguntas relacionadas con la solicitud y haya determinado la La solicitud se ha completado en su totalidad.***

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



PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE GHC:

Nombre del solicitante:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**Determinación de calificación:**

**VISITAS A LA OFICINA 2020**

Familia Talla	NIVEL A 100% de FPG  Tarifa nominal de \$ 15 o * \$ 0		NIVEL B 100% - 125% FPG  Paga el 15% de Tarifa estándar		NIVEL C 125% - 150% FPG  Paga el 30% de Tarifa estándar		NIVEL D 150% - 175% FPG  Paga el 50% de Tarifa estándar		NIVEL E 175% - 200% FPG  Paga el 70% de Tarifa estándar		NIVEL F 200% - 300% FPG  Paga el 100% de Oficina estándar Tarifa de visita	
	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	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	\$ 38,010.01	\$ 43,440	\$ 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	\$ 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	\$ 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

\* Según la capacidad de pago del paciente

Poblaciones de utilización de datos adicionales (todos los grupos a continuación pagan el 100% de la tarifa estándar de visita al consultorio):

- Nivel G: pacientes con un 301% de pobreza o más que cumplen con consideraciones sociales / de otro tipo adicionales, como se identifica en la página 3 de la solicitud de SF.

Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue por cada miembro adicional: 100% de pobreza

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

**SERVICIO AUXILIAR 2020**

	NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C	NIVEL D	NIVEL E	NIVEL F
Densidad osea	\$ 5,00	\$ 7,00	\$ 9,00	\$ 11,00	\$ 13,00	Tarifa complementaria completa
Radiología	\$ 10,00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	18,00 \$	Tarifa complementaria completa
Ultrasonido	\$ 10,00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	18,00 \$	Tarifa complementaria completa
Ecocardiografía / Pruebas vasculares	\$ 10,00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	18,00 \$	Tarifa complementaria completa
Laboratorio	\$ 15,00	17,00 \$	19,00 \$	21,00 \$	\$ 23,00	Tarifa complementaria completa

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

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE GHC:

Nombre del solicitante:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

El solicitante califica para el Programa de tarifa variable y se clasificará de la siguiente manera:

NIVEL DE DIAPOSITIVA: \_\_\_\_\_

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

Fecha de envío de la tarjeta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha ingresada en EMR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

El solicitante no califica para el programa en este momento

Carta de denegación enviada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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