

Office Use Only		
Eff from Date _____	Eff to Date _____	Review Date _____
SFS Fee \$ _____	Staff _____	

Solicitud de la tarifa móvil anual Nehalem Bay Centro de Salud

(Anteriormente conocido como Clínica Rinehart)

Fecha límite para la solicitud y comprobantes de ingresos:

La política de Nehalem Bay Centro de Salud es prestar servicios de atención médica sin perjuicio de la posibilidad de pagar del paciente. Se ofrecen descuentos dependiendo de los ingresos familiares y la cantidad de miembros de la familia. Debe volver a solicitar el descuento todos los años.

Por favor complete esta solicitud dentro de los treinta (30) días y devuélvala a Nehalem Bay Health Center en alguna de las siguientes maneras:

Correo a Nehalem Bay Health Center, PO 176, Wheeler, OR 97147

Fax a: 1 844 712-3001

O entréguelo en mano al personal de recepción

Enumere a todas las personas que viven en su casa en este momento:

	Nombre y apellido legales	Fecha de nacimiento
Usted		
Pareja/cónyuge		
Dependiente		
Hijo(s) por nacer		(Fecha de parto)

¿Actualmente tiene seguro de salud? **No** **Sí**

Si la respuesta es "sí", nombre de la compañía de seguros _____

Si entra dentro de las pautas de ingresos del Plan de Salud de Oregon, un especialista en seguros se comunicará con usted o puede comunicarse con ellos al 1-800-368-5182, ext. 112 o ext. 134

NOTA IMPORTANTE: No les pedimos a las personas que compren un seguro.

Indique los ingresos anuales de su familia en la tabla que sigue. Los ingresos incluyen lo siguiente: salarios brutos, sueldos, propinas, seguro social, pensiones, rentas, pagos de veteranos, manutención infantil, asignaciones familiares para militares, ingresos por alquiler, intereses, dividendos y otros ingresos, junto con ingresos por trabajo autónomo o temporal.

Recuerde que deberá proporcionar comprobantes de ingresos antes de que se apliquen descuentos en su cuenta. Los documentos estándares usados para verificar los ingresos son el formulario W-2, la declaración de impuestos, sus últimos tres talones de pago, el informe de beneficios por desempleo, la carta de adjudicación del seguro social o el estado de cuenta bancario que indique depósito directo. Con gusto aceptaremos otros documentos de verificación dependiendo del caso.

Reconozco que mis ingresos superan los de la tarifa de escala móvil de Nehalem Bay Centro de Salud.
Iniciales: _____

Fuente de ingresos	Monto (usted)	Monto (cónyuge)	Monto (otro)	Total
Empleo	\$	\$	\$	\$
Trabajo autónomo	\$	\$	\$	\$
Seguro social	\$	\$	\$	\$
Jubilación/pensión	\$	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$	\$

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos que se muestra anteriormente son correctos. Entiendo que tendré que traer comprobantes de ingresos antes de que se aplique un descuento en mi cuenta. Entiendo que todos los años debo volver a solicitar el descuento.

Firma

Fecha

Nombre legal (letra imprenta) _____

¿Qué es una tarifa de escala móvil?

Nuestra tarifa de escala móvil ofrece descuentos a los pacientes según sus ingresos, independientemente de que tengan o no un seguro de salud. Toda persona que gane menos del 201 % de las pautas del Nivel de Pobreza Federal es elegible para el descuento. (Consulte la tabla de ingresos que se encuentra en el documento "Tabla de Escala de Descuentos")

¿Igualmente debo completar estos documentos si supero los ingresos?

Si sus ingresos superan el 200 % de las pautas del Nivel de Pobreza Federal, igualmente solicitamos que complete los documentos. Al hacerlo, ayuda a Nehalem Bay Centro de Salud a obtener datos que podemos usar para solicitar subvenciones que ayuden a apoyar nuestros servicios. Tenga en cuenta que *no* es necesario que presente la verificación de ingresos si supera el nivel de ingresos.

Este descuento aplica a las tarifas por los servicios proporcionados por Nehalem Bay Centro de Salud. Otros servicios, como los de laboratorio, audiología, interpretación de rayos X, ecocardiogramas y ecografías carotídeas, son facturados directamente por terceros.