



SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE TARIFAS DE DESCUENTO

NOMBRE: _____ TELEFÓNO: _____

Deténgase aquí si no desea solicitar los servicios de descuento (SFS) que ofrece MCR Health y firme en la parte inferior de esta página.

Los datos recopilados en esta solicitud serán usados únicamente para obtener información sobre usted y su familia para poder satisfacer mejor sus necesidades médicas, de salud mental y dental. Esta información no será usada para retener o negarle los servicios.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene cobertura médica de Medicaid, Medicare u otro seguro médico? | Si | No |
| 2. ¿Usted y sus dependientes han solicitado o les han negado el Medicaid o el Medicare? | Si | No |
| 3. ¿Le gustaría solicitar por primera vez o solicitar de nuevo el Medicaid? | Si | No |
| 4. ¿Está desempleado? | Si | No |
| 5. ¿Está muy enfermo para trabajar o está discapacitado? | Si | No |

Por favor incluya su propio nombre, su esposo (a) o su pareja (incluyendo matrimonios del mismo sexo que están reconocidos por el Estado, no incluya compañero (a) de una unión civil o una persona que comparte su domicilio), incluya padre o madre del niño que solicita el servicio que tengan parentesco por nacimiento, los que son considerados dependientes por las Leyes Federales de los Impuestos y los niños en cuidado temporal. Las personas que no son dependientes, no tienen relación familiar y que están viviendo en la misma dirección no se incluyen pues son considerados un grupo familiar separado.

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el cabeza de familia	Seguro Médico o Medicaid
		Cabeza de familia	Si o No
			Si o No
			Si o No
			Si o No
			Si o No

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por favor anote el **ingreso total** (La cantidad total recibida antes de deducir los impuestos). El ingreso familiar incluye a todos los que viven en la dirección mencionada anteriormente. La prueba de ingresos incluye: su más reciente declaración de impuestos, los talones de cheques, una verificación del banco, o una carta de su empleador que demuestre su salario o una prueba de que está desempleado, o el recibo mensual de su cuenta de banco.

	TIPO DE ENTRADA	CANTIDAD	FRECUENCIA	EMPLEADOR	EL QUE RECIBE INGRESOS
Salario		\$			
Seguro Social		\$			
Incapacidad		\$			
Pensión alimenticia		\$			
Desempleo		\$			
Intereses		\$			
Manutención		\$			
Compensación por trabajo		\$			
Otro		\$			
Total		\$			

Se me ha dado la oportunidad de solicitar los servicios de tarifas con descuento que ofrece MCR Health y NO DESEO SOLICITAR ESOS SERVICIOS EN ESTE MOMENTO. Elijo la opción de pagar por cuenta propia, esto significa que deberé pagar por adelantado los servicios recibidos, que seré responsable por el balance de la cuenta y por todos los costos de mi visita al doctor. También seré responsable por cualquier cargo de laboratorio y/o rayos-x.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



DECLARACIÓN CERTIFICADA DEL PACIENTE

Certificación del Paciente

Certifico que la información provista en la solicitud de los Servicios de Descuento es veraz y completa y que notificaré a la clínica inmediatamente en caso de que ocurra algún cambio en mis ingresos o en mi cobertura médica. Comprendo que soy responsable financieramente por **todos los gastos o los gastos parciales incurridos en el cuidado de mi salud** y que se me solicitará abonar **los pagos al momento de recibir los servicios médicos**. Doy autorización para divulgar mi información con el objetivo de determinar si mi familia reúne las condiciones necesarias para recibir los servicios de descuento. Además autorizo proveer mi información a las Compañías Farmacéuticas con propósitos de auditoría y para cualquier programa de asistencia para medicamentos en el que este registrado.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

ATENCIÓN: El Estatuto de la Florida § 817.50 dice que proporcionar intencionalmente información falsa a un proveedor del cuidado de la salud con el propósito de obtener beneficios, es un delito grave de tercer grado y es penado por la ley.

Sólo para uso oficial:

Verificación de que toda la información que contiene la solicitud y la documentación es precisa y completa en EMR

Prueba de ingresos adjunta: Si No
Prueba de identificación: Si No
Prueba de dirección: Si No
Confirmado con Zirmed and Availity: Si No

El Paciente fue notificado sobre la tasa de descuento y fecha de renovación Si No
El Ingreso fue verificado y calculado correctamente en EMR: Si No
La Solicitud de Descuentos está completa: Si No

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Imprimir nombre del empleado: _____

PENDING _____

PENDING _____

ELIGIBILITY MET DATE: _____

ELIGIBILITY MET DATE: _____

ELIGIBILITY NOT MET DATE: _____

ELIGIBILITY NOT MET DATE: _____

DECLINED _____

DECLINED _____



DECLARACIÓN NOTARIZADA

Yo _____, declaro que no puedo pagar por los servicios médicos, dentales, de farmacia y/o de salud mental proporcionados por MCR Health porque estoy actualmente desempleado y no he tenido ingresos desde: _____. La última vez que trabajé fué: _____.

El motivo por el cual no estoy empleado es:

Actualmente recibo ayuda de:

Nombre de persona o Agencia

Dirección

Ciudad, Estado

Teléfono

Una vez esté empleado, debo informar a MCR Health de los cambios de mi fuente de ingreso y si obtengo seguro médico. Cuando eso suceda seré re-evaluado para comprobar si reúno las condiciones para recibir las tarifas de descuento.

También entiendo que esta declaración es válida solo por 90 días y la fecha de expiración es_____.

Firma del Paciente/Responsable

Fecha

COMPLETADO POR NOTARIO

Fue jurado frente a mi persona_____ el día _____, 20____, la declaración anterior es verdadera.

Esta persona es conocida personalmente por mí o presentó un documento de identificación:

Notario Público



DOCUMENTO DE APOYO ECONOMICO

A quien pueda interesar:

Yo, el abajo firmante testifico que yo, doy préstamo/ dinero a _____
(Marque uno)

Para ayudar con sus gastos cada mes. En el mes de _____, 20____ Yo [di presté]
(Marque uno)

la cantidad de \$_____. Esta ayuda no es ingreso laboral.

MARQUE TODO LO QUE LE CORRESPONDE A USTED:

El dinero fue provisto directamente al solicitante nombrado, para ayudarle a pagar los gastos de su hogar.

 Yo pago este dinero directamente a la compañía (s) para cubrir los gastos del solicitante nombrado. Compañía (s) _____

 Sólo proporciono comida y refugio.

 Continuaré haciendo esto cada mes.

 No continuaré haciendo esto. Sólo estoy ayudando temporalmente o hasta_____.

Firma de la persona que ayuda a la casa

Fecha

Imprimir nombre de la Persona que ayuda a la casa

Dirección: _____
Numero & Calle/Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal

Teléfono :(____) _____ - _____

COMPLETADO POR NOTARIO

Fue jurado frente a mi persona_____ el día _____, 20____, la declaración anterior es verdadera.

Esta persona es conocida personalmente por mí o presentó un documento de identificación:

Notario Público



DOCUMENTO PARA LA VERIFICACION DE INGRESOS

Querido Empresario:

Un empleado de su compañía ha solicitado el Programa de Tarifas con Descuento que ofrece MCR Health. Sírvase completar el documento y entregarlo al empleado. Gracias por su cooperación.

Nombre del empleado: _____

Dirección: _____
Número y Calle /Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal

Por la presente se certifica que la persona nombrada anteriormente está empleada por la persona que firma esta forma, y los siguientes salarios y horas representan el pago normal para este individuo durante el período de pago de las 4 semanas más recientes.

Promedio de horas trabajadas por semana _____

Promedio de ingreso semanal bruto \$ _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____
Número y Calle /Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

¿Tiene el empleado seguro médico? Sí No

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION DE INGRESOS/SEGURO MEDICO

Firma del empleado Fecha

Firma del Empleador Representante Fecha

Nombre impreso del Empleador Representante

Por favor envíe por fax el documento con la información completa a: _____

Si no fuera posible, favor de entregarlo directamente al empleado.



PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL CONDADO DE MANATEE

1. Nombre del paciente: _____

Otro nombre utilizado: _____

2. Home Address: _____

3. Dirección: _____

4. Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

5. ¿Otra cobertura de atención medica? Sí ____ NO ____
(Comprobante de adjudicación, carta de reclamo, póliza de seguro, documentos judiciales, documentos legales, Medicaid, seguro médico Medicare, V.A., Tricare)

6. ¿Está esto relacionado con la compensación del trabajador? Sí ____ NO ____

7. ¿Está embarazada? Sí ____ NO ____ Tiene más de 65 años? Sí ____ NO ____

8. ¿Está recibiendo Seguro Social por Discapacidad? Sí ____ NO ____

***Si respondió Sí a las preguntas 5 ,6, 7 u 8, primero debe solicitar Medicaid y recibir una carta de rechazo antes de solicitar el Programa de Atención Medica del Condado de Manatee.

9. Hombre ____ Mujer ____

- Estoy de acuerdo en proveer al personal de elegibilidad y al condado cualquier información necesaria para probar las declaraciones sobre elegibilidad.
- Acepto informar cualquiera de los siguientes cambios dentro de los 14 días iniciales: ingresos, número de personas que viven conmigo, dirección, solicitud o recibo de SSI, TANF o Medicaid.
- Entiendo que esta solicitud será considerada sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política.
- Puedo solicitar una revisión de la decisión tomada sobre mi solicitud / recertificación de asistencia; y que puedo solicitar, verbalmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre acciones que afecten la recepción o terminación de la asistencia médica.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, le otorgo a MCR Health y al condado de Manatee el derecho a recuperar el costo de los servicios de atención médica del condado de un tercero.
- Acepto proveerle al condado cualquier información necesaria para identificar y ubicar todas las fuentes de pago por los servicios de atención médica.
- Me han informado y entiendo que mi incumplimiento de las obligaciones establecidas puede considerarse como retención intencional de información y puede resultar en la recuperación de cualquier pérdida mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Desea solicitar el programa de Atención Médica del Condado de Manatee? Sí ____ NO ____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Firma del empleado _____

Fecha _____