



Instrucciones para el programa de escala móvil de descuentos

Adjunto encontrará una solicitud para recibir descuentos de servicios según los recursos que tenga a disposición. Complete la solicitud y devuélvala a Axis Health System. Puede devolver la solicitud en cualquiera de nuestros centros, enviarla a PO Box 1328, Durango, CO 81302-1328 o por fax al 970-335-2439.

El Departamento de Facturación procesará las solicitudes completadas en un plazo de cinco días hábiles. Usted recibirá una carta con el resultado a la dirección actual que figura en sus registros. Sus ingresos y el tamaño de su familia o grupo familiar son los únicos factores que se tienen en cuenta para los descuentos de los servicios.

- El término familia se refiere a dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio (incluido el matrimonio del mismo sexo) o adopción, e incluye acogidas temporales o tutelas legales para aquellos que residen juntos.
- El término grupo familiar se refiere a aquel mantenido por una familia (como se definió en la oración anterior) que incluye miembros no familiares que contribuyeron ingresos para sostener a la familia o al paciente en el último año calendario.
- El ingreso se define como las ganancias durante un período determinado usadas para mantener una vivienda individual o familiar, según un grupo de criterios de inclusiones y exclusiones. El ingreso no es lo mismo que los activos. Los activos son recursos económicos fijos, mientras que el ingreso está compuesto por las ganancias. El ingreso incluye dinero recibido de salarios, compensación por desempleo, compensación por accidentes laborales, Seguro Social, asistencia pública, pensiones de veteranos, beneficios jubilatorios, ingresos por jubilación, ingresos por inversiones, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia de terceros, y otros ingresos y fuentes de ganancia.

En el caso de que su solicitud fuera rechazada, puede volver a presentarla si hubo un cambio en las circunstancias que hacen que reúna los requisitos para recibir asistencia. A continuación verá ejemplos de lo que se puede aceptar como comprobante de ingresos (POI, por sus siglas en inglés). Si no cuenta con un comprobante de ingresos el día de hoy, preséntelo en un plazo de dos semanas para que podamos administrar adecuadamente sus tarifas. Si no recibimos un comprobante de ingresos dentro de dos semanas, cerraremos la solicitud como incompleta y ajustaremos las tarifas como corresponda. Para que lo volvamos a considerar necesitará una nueva solicitud. Tenga en cuenta que la tarifa nominal se aplica una sola vez en un período de 12 meses, por lo que es muy importante que presente el comprobante de ingresos sin demora. Es esencial que tenga en cuenta que una solicitud nueva o actualizada debe tener la firma original.

**** Tenga en cuenta que se aplicarán las tarifas sin descuento hasta que su solicitud sea aprobada. Una vez aprobada, las tarifas se ajustarán como corresponda.**

✳ Una solicitud por familia o grupo familiar.

REQUISITOS DE INGRESOS: El paciente debe presentar un comprobante de ingresos de la familia o grupo familiar para reunir los requisitos de asistencia.

Los comprobantes de ingresos aprobados son los siguientes:

- Los dos recibos de sueldo más recientes (deben ser consecutivos) y la declaración de impuestos del año anterior (esta será usada como documentación soporte).

En los casos en que no se haya presentado la declaración de impuestos el año anterior, se puede aceptar una declaración firmada con otro comprobante de ingresos. Otros comprobantes de ingresos, en caso de que no se haya presentado la declaración de impuestos, incluyen lo siguiente:

- Carta de confirmación de desempleo.
- Carta de confirmación de ingresos del Seguro Social.
- Confirmación de compensación por accidentes laborales.
- Carta del lugar de empleo en papel membretado de la compañía. La carta debe incluir un nombre y número de teléfono de contacto, así como también el importe bruto ganado en ese período. (No se aceptarán cheques personales ni resúmenes bancarios).
- Los pacientes que no puedan brindar ninguno de los comprobantes de ingresos anteriores pueden comunicarse con el Departamento de Facturación para obtener más detalles.

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Facturación llamando al 970-335-2342.

**SOLICITUD DE ESCALA MÓVIL DE DESCUENTOS
 2350.153**

| | | | |
|---|---|---|--|
| Fecha de solicitud | | DEBE SER LEGIBLE | |
| Solicitud actualizada (información nueva) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de última solicitud (si corresponde) | |

Al evaluar si un paciente reúne los requisitos para participar en el programa de escala móvil de descuentos de conformidad con las reglamentaciones federales, **es necesario hacer preguntas personales sobre el paciente y su familia o grupo familiar**. Las respuestas que brinden el paciente y su familia o grupo familiar se archivarán en estricta confidencialidad. La elegibilidad del paciente **se basa únicamente en su habilidad para pagar (es decir, sus ingresos) y en el tamaño de su familia o grupo familiar**, y el paciente no será discriminado por su edad, género, raza, credo, orientación sexual, discapacidad, lugar de procedencia o condición jurídica.

Esta solicitud no estará completa hasta presentar este formulario y el comprobante de ingresos. Tiene dos semanas a partir de hoy para presentar un comprobante de ingresos aceptable. Hasta que no presente el formulario y el comprobante de ingresos, consideraremos esta solicitud como incompleta. Usted es responsable de pagar la tarifa total de los servicios recibidos hasta que se apruebe el descuento. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Facturación llamando al 970-335-2342.

| | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| PRIMER nombre legal | Inicial del seg. nombre | APELLIDO legal | Fecha de nacimiento |
| Dirección residencial (número, calle) | | Ciudad | Estado |
| Dirección postal (si es diferente a la residencial) | | Ciudad | Estado |
| Número de teléfono residencial | Número de celular | ¿Se encuentra sin techo? | ¿Es residente de Colorado? |

Instrucciones: Mencione a **TODOS LOS QUE VIVAN EN SU HOGAR**, incluso si la solicitud no es para ellos. **Utilice más hojas si es necesario.**

| Relación con usted | Primer nombre legal, inicial del segundo nombre, apellido | Fecha de nacimiento | Paciente de Axis (sí/no) |
|--------------------|---|---------------------|--------------------------|
| USTED | | | |
| Cónyuge/pareja: | | | |
| Hijo/otro: | | | |
| Hijo/otro: | | | |
| Hijo/otro: | | | |
| Hijo/otro: | | | |

INGRESOS

Beneficios por desempleo, jubilación o pensión, beneficios del Seguro Social, SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario), beneficios de sobreviviente, SSDI (Seguro Social por Discapacidad), beneficios de veterano, dividendos o intereses, pensión alimenticia, manutención de menores, compensación por accidentes laborales, beneficios por discapacidad, asistencia pública, jubilación de empleado del ferrocarril, ingresos por percepción de alquileres, ingresos en especie (trabajar para el alquiler), otro dinero en efectivo recibido mensualmente.

| Persona que recibe el dinero | Recibe dinero de: | Importe mensual (antes de deducciones) |
|------------------------------|-------------------|--|
| USTED | | |
| Cónyuge/pareja: | | |
| Hijo/otro: | | |
| Hijo/otro: | | |
| Hijo/otro: | | |



SOLICITUD DE ESCALA MÓVIL DE DESCUENTOS

| | |
|---|---------|
| ¿Usted o alguien de su grupo familiar presentó una declaración del impuesto federal sobre la renta el año pasado? | Sí / No |
| ¿Usted o alguien de su grupo familiar piensa presentar una declaración del impuesto federal sobre la renta el año próximo? | Sí / No |
| ¿Tiene algún tipo de seguro que cubra todos o parte de sus gastos médicos? | Sí / No |
| Sí responde que sí, ingrese el nombre de su compañía de seguros: | |
| Esta solicitud es válida por 12 meses. El paciente debe volver a presentar la solicitud al menos una vez al año. Si la situación financiera del paciente cambia significativamente (por ejemplo, por pérdida de empleo, empleo nuevo, cambio en el grupo familiar, etc.) y/o recibe cobertura de seguro adicional después de que esta solicitud sea aprobada, pero antes de que hayan pasado 12 meses, el paciente deberá informarle a Axis Health System y tendrá la opción de volver a presentar su solicitud para el programa de escala móvil de descuentos. | |

He leído y entendido el programa de escala móvil de descuentos y acepto cumplir con él. Al firmar la solicitud, autorizo a Axis Health System a confirmar mis ingresos y el tamaño de mi familia o grupo familiar. Verifico que toda la información presentada para determinar si reúno los requisitos es verdadera y correcta. Entiendo que presentar información falsa o información que posteriormente se determinará como falsa ocasionará que se revoquen todos los descuentos, se restaure el saldo completo de la(s) cuenta(s) y que deba pagar inmediatamente.

Completada por (nombre en imprenta del paciente o persona responsable)

Relación con el paciente

Firma

Fecha

| Para que complete el personal de AHS: | | | |
|--|-----------------------|--|--|
| Cuenta de Carelogic N.º | Cuenta de Intergy N.º | Cuenta de Mediadent N.º | |
| Fecha de registro: | Por: | Fecha de escaneado: | |
| Fecha de registro o facturación: | | Iniciales: | |
| Fecha de registro del POI | Por: | Fecha de escaneado: | |
| Llamada de recordatorio del POI (fecha) | | Por: | |
| Fecha de recepción del POI (facturación) | | Iniciales: | |
| Tamaño del grupo familiar | | | |
| Frecuencia de ingresos: (semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.) | | | |
| Aprobado (Sí, No) | | Fecha: | |
| Nivel (1A, 2B, 3C, 4D, 5E) | | Fecha de finalización: | |
| Rechazada (Sí, No) | | Motivo: (exceso de ingresos, no es residente, sin comprobante de ingresos, etc.) | |
| Fecha de SFNOM: | | | |
| Tipo de carta de paciente enviada: | | Fecha de envío: | |