



Programa de descuento de escala móvil

La misión de Asher Community Health Center es proporcionar atención médica u odontológica primaria a todos los pacientes sin importar su capacidad de pago. Asher ofrece un descuento de escala móvil a todos los pacientes independientemente de si tienen seguro, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente.

¿Qué cubre el programa de descuento de escala móvil?

Nuestro programa de descuento de escala móvil se aplica a todos los servicios de Asher Community Health Center. Los pacientes que son elegibles para el programa de descuento de escala móvil pagarán las tarifas por los servicios basándose en su categoría de elegibilidad. Los distintos programas pueden tener listas de tarifas diferentes. Cuando se determina que un paciente califica para el programa de descuento de escala móvil, su elegibilidad permanecerá en vigencia durante un año.

Recuerde: SI LO APRUEBAN, exigimos que informe cualquier cambio en sus ingresos, dirección o información de contacto en los 10 días posteriores al cambio al agente comunitario de Asher Community Health Center (541-763-2725).

¿Qué se necesita para solicitar el programa de descuento de escala móvil?

- Proporcionar pruebas actuales del ingreso bruto del hogar (para todos los miembros del hogar mayores de 18 años). *TENGA EN CUENTA: El hogar se compone de todas las personas que viven regularmente en él.*
- Completar, firmar y fechar la solicitud
- Presentar la solicitud

¿A dónde se envían las solicitudes completadas?

- Presentar en persona en Asher Community Health Center en 712 Jay Street, Fossil, OR
- ENVIAR POR CORREO: Asher Community Health Center, P.O. Box 307, Fossil, OR 97830
- Enviar por fax: 541-763-2850

Al presentar esta solicitud, proporciona a Asher Community Health Center el consentimiento de verificar toda la información que proporcionó. Si su solicitud está completa y no se necesita documentación comprobante, se determinará su elegibilidad y se le notificará en los 14 días posteriores a su recepción.

¿Puedo obtener asistencia con la solicitud?

Si necesita asistencia para completar la solicitud del programa de descuento de escala móvil, o si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el agente comunitario al 541-763-2725.



Documentación de comprobante de ingresos

Se pide a todos los solicitantes que presenten sus declaraciones de impuestos más recientes. Si no presenta una declaración de impuestos, debe proporcionar una explicación por escrito con el motivo.

**** Si declara no tener ingresos, debe adjuntar una declaración explicando cómo se mantiene. ****

A continuación, se indica la documentación que se acepta para comprobar la declaración de ingresos

<p>Declaraciones de impuestos aceptadas</p> <p>* 1040 * 1040 NR * 1040A * 1040EZ</p> <p>Documentación comprobante de impuestos</p> <p>* W-2 * SSA-1099</p>	<p>Puede obtener una copia de su declaración de impuestos más reciente llamando al Servicio de Impuestos Internos (<i>Internal Revenue Service</i>, IRS) al (800)829-1040 o en línea en http://www.irs.gov/individuals/Get-Transcript.</p>
<p>Salario y sueldo</p>	<p>Se solicitan los talones de pago de tres (3) meses consecutivos. Si se puede proporcionar menos de tres meses, los talones de pago deben incluir una carta del empleador que indique su situación laboral como de tiempo completo o medio tiempo y su sueldo o salario.</p>
<p>Jubilación del Seguro Social Discapacidad del Seguro Social Ingreso suplementario de seguridad</p>	<p>Se puede obtener una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 - O - diríjase a la Oficina de Seguro Social y solicite una copia.</p>
<p>Ayuda financiera para estudiantes</p>	<p>Diríjase a FAFSA.gov e ingrese a su Informe de ayuda estudiantil (<i>Student Aid Report</i>, SAR) para imprimir una copia.</p>
<p>Cupones para alimentos/SNAP/TANF</p>	<p>Puede obtener una carta de adjudicación del Departamento de Recursos Humanos local</p> <p>Fossil (541)763-2142 Condon (541)384-5088 Prineville (541)447-3851 Madras (541)475-6131</p>
<p>Pensión alimenticia/Manutención infantil</p>	<p>Copia de tres (3) cheques mensuales</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p>Carta de adjudicación del tribunal que indique el monto de dinero y el período</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p>Carta de la Agencia de Cumplimiento de la Manutención Infantil (<i>Child Support Enforcement Agency</i>)</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p>Carta de un abogado que indique el monto y el período</p>
<p>Asistencia de vivienda</p>	<p>Comuníquese con la Autoridad de Vivienda Pública (<i>Public Housing Authority</i>, PHA) en Redmond (541)923-1018</p>
<p>Compensación para trabajadores</p>	<p>Puede obtener una carta de adjudicación o declaración de beneficios de la Agencia de Compensación para Trabajadores que lleve su reclamo. Necesitará documentación que indique el monto de dinero y el período en que se recibe este ingreso.</p>
<p>Ingresos por trabajo autónomo</p>	<p>El formulario 1040 más reciente.</p>
<p>Otra</p>	<p>Cualquier carta de adjudicación o declaración de beneficios, copia de los cheques de 3 meses, una explicación por escrito o una carta de prueba de resolución, beneficios por huelga, ingresos por inversiones o ahorros, ingresos por dividendos, ingresos por alquiler, talones de pago militares y asignaciones familiares, ingresos en efectivo o subsidios por cualquier recurso que esté disponible rápidamente para la familia.</p>



Programa de descuento de escala móvil - Derechos y responsabilidades del paciente

- 1) Todos los pacientes pueden solicitar el programa, incluso si tienen un seguro.
- 2) Si se encuentra en el 100 % del nivel de pobreza federal o por debajo de este, debe solicitar la cobertura del Oregon Health Plan (OHP) ya que es posible que sea elegible para el OHP. Hay asistencia disponible para solicitar el OHP comunicándose con el agente comunitario de Asher Community Health Center.
- 3) El tamaño del hogar incluye a todos los que vivan en la casa. Quienes vivan en el hogar y sean mayores de 18 años deben proporcionar una copia de su última declaración de impuestos, un comprobante de ingresos actual o una declaración firmada por falta de ingresos.
- 4) No se garantiza la aceptación en el programa. Se le notificará su estado en los 14 días posteriores a la presentación. Si lo aprueban en el programa, el pago por los servicios se realiza en el momento de la visita.
- 5) Los pacientes en situaciones de emergencia que necesiten atención inmediata tendrán 30 días para completar y presentar la documentación al agente comunitario de Asher. El incumplimiento de este plazo hará que el paciente sea responsable por los cargos de los servicios en su totalidad.
- 6) No todos los servicios que esta clínica proporciona están cubiertos por el programa. Entre los ejemplos se incluyen: 1) exámenes físicos para la licencia de conducir comercial; 2) evaluaciones por consumo de drogas solicitadas por empleadores; 3) exámenes físicos para el seguro; 4) algunos suministros odontológicos.
- 7) El garante de la cuenta es responsable de los pagos pendientes de quien esté indicado en esta solicitud. Si la cuenta se envía a una agencia de cobranza, el garante es responsable de todos los saldos y las tarifas ante la agencia de cobranza.
- 8) No presente los documentos originales como documentación. Al presentar la solicitud, se debe incluir las copias de los documentos.
- 9) CUALQUIER CAMBIO en los ingresos, la situación de vivienda y la condición del seguro de un paciente deben presentarse a Asher Community Health Center en el plazo de 10 días. Si no se notifica a ACHC de dichos cambios, es posible que el paciente ya no sea elegible para el programa.
- 10) La falsificación de la documentación, si se descubre, descalificará a un solicitante de la elegibilidad.

Al firmar a continuación, autorizo a Asher Community Health Center a verificar la información de la solicitud y confirmo haber leído y entendido los derechos y responsabilidades del paciente. También reconozco que este documento se me proporcionó en un idioma que entiendo tanto por escrito como cuando se me lee en su totalidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta del solicitante: _____



Declaración de elegibilidad para la escala móvil

Fecha de hoy: ____/____/____		Solo para la oficina: (Fecha en que se recibió)	
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal:
Dirección postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Código postal:
N.º de teléfono principal	Otro n.º de teléfono	Correo electrónico:	

Incluya a **TODOS** los miembros del hogar. Todos los miembros mayores de 18 años **DEBEN** divulgar sus ingresos anuales.

N.º	Nombre del miembro del hogar	Relación	Fecha de nacimiento	Ingreso bruto total
1			____/____/____	
2			____/____/____	
3			____/____/____	
4			____/____/____	
5			____/____/____	
6			____/____/____	
7			____/____/____	
8			____/____/____	

* Agregue familiares adicionales al dorso de este formulario

Comentarios: _____

Al firmar a continuación, confirma que la información que divulgó es verdadera y correcta a su leal saber y entender. Los miembros del hogar indicados en esta solicitud están al corriente de que se proporcionó su nombre e información. Asher Community Health Center se reserva el derecho de verificar la información proporcionada en esta solicitud y puede obtener información de otras fuentes para determinar si el hogar reúne los requisitos.

Nombre del solicitante (en imprenta): _____

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

***** SOLO PARA USO DE LA OFICINA*****	
Firma del empleado:	Fecha de presentación a ACHC: _____ Fecha prevista para la respuesta: _____
Ganancias anuales totales: _____	Fecha de vigencia: _____
Aprobado para la clase: A A1 B C D E = No califica	