

# Instrucciones para completar la Aplicación para Cobertura bajo el Programa de Descuento

basado en sus ingresos

Lamprey Health Care ofrece un programa de descuento basado en sus ingresos, para ayudar a los pacientes a obtener cuidado de salud cuando no pueden ser capases de pagar por ellos. El programa de descuento basado en sus ingresos económicos aplica a la mayoría de servicios que ofrecemos. El programa les da descuentos a pacientes elegibles de acuerdo a su posibilidad de pago.

Para determinar si un paciente califica para el programa, es requerido completar una aplicación en su totalidad. Todas las partes de la aplicación deben ser completadas. La aplicación debe estar con la fechada y firmada. Si la esta no está completa, se le devolverá su solicitud pidiendo información adicional. El paciente debe enviarnos esta información dentro de 10 días o la aplicación será negada.

Por favor siga estas instrucciones para llenar su aplicación:

¿Es la aplicación para una sola persona o para la familia completa?

Los pacientes pueden aplicar por ellos mismo o la familia complete. Debe de incluir pruebas de ingresos por cada miembro de la familia.

Dirección Física – esta es la dirección donde usted y su familia viven. Dirección Postal – donde recibe su correspondencia.

Miembros del Hogar – estos incluyen pareja, niños, y todos los otros dependientes incluidos en su más reciente declaración de impuestos. Si alguien en la aplicación está embarazada, agregue él bebe. Si el hogar consiste de dos personas quienes no están casados pero tienen niños, todos los dependientes reclamados en los impuestos de ambos, deben ser incluidos en su aplicación.

Por favor incluya todas las personas en la familia quienes tengan 18 años o más en la sección de adultos. Incluya todos los menores 18 años en la sección de niños.

Si alguien está embarazada incluya la fecha de parto. Por favor enliste si alguien está deshabilitado.

Por favor díganos si alguien tiene seguro médico y está cubierto.

La aplicación debe ser firmada y con fechada antes de ser entregada para su proceso.

Prueba de Ingresos –Todos los miembros de la familia deben completar una Verificación de Empleo. Incluya dos meses de talonarios por cada trabajo. Si usted no tiene talonarios usted puede obtener de su empleado una “Verificación de Empleo”.

Otras fuentes de Ingreso – todas otras fuentes de ingreso deben ser indicadas. Esta sección debe incluir los nombres de la persona quienes reciben ingresos, las fuentes de ingresos, la cantidad regularmente recibida y el periodo de tiempo que el pago cubre. Algunos ejemplos de otro ingreso que se incluyen son desempleo, incapacidad, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementar o (SSI), el valor de asistencia pública incluyendo Welfare, cupones de comida y beneficios de cuidado de niños, beneficios de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingreso de pensión y retiro, intereses, dividendos, otros ingresos por inversiones, alquileres, regalías, rentas de fideicomisos y herencias, pensión alimenticia, manutención de los hijos y ayuda financiera de otros fuera de la familia.

Por favor incluya evidencia de ingreso por cada Fuente de ingreso. Pruebas de ingreso puede ser talones de cheque, una carta escrita por su empleador, estado bancario mostrando su depósito del empleador, o una copia de los cheques. Su solicitud no será procesada si no incluya estas pruebas.

Si usted tiene preguntas al llenar la aplicación, por favor llame a Barbara Williamson (603)-292- 7245 o Sue Marin (603) 883-7194.

Aplicación de Cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Aplicación es por: Individuo Familia Fecha: Apellido: Primer Nombre:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: Teléfono:

Dirección Postal (si diferente): Ciudad: Estado: Código Postal: \_

Miembros Adultos del Hogar (por favor marque la casilla si el individuo es un paciente de Lamprey)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Relación con el aplicante | Fecha de Nacimiento | Genero | Idioma Primario |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Niños en el Hogar (por favor marque la encasilla si el individuo es un paciente de Lamprey)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Relación con el aplicante | Fecha de Nacimiento | Genero | Lenguaje Primario |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Alguien en el hogar está embarazada: sí no Fecha de Parto:

Alguien en el hogar está incapacitado/a: sí no Nombre:

¿Alguien en el hogar tiene seguro médico o dental? sí no Si la respuesta es sí, favor provea una copia de la parte posterior y frontal de sus tarjetas de seguro.

**Declaración de ningún ingresos (si usted no tiene fuente de ingresos, por favor complete este formulario, de lo contrario vaya a la página 2):**

**Yo,** declaro que no tengo fuente de ingresos.

Por favor, explique cómo paga sus gastos actuales mensuales actualmente, tales como alquiler, comida, gas, ropa y atención

medica:

Aplicación para cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Usted debe responder cada pregunta. Si algo no le aplica a usted ponga N/A en ese espacio. Usted debe firmar y poner fecha en la aplicación antes de enviarla. Si usted no firma la aplicación, esta será denegada.

*Yo certifico que la información arriba es cierta y completa. Yo autorizo a Lamprey Health Care a verficar la información anterior y proveer dicha información a los doctores de referido y o cuidado mutuo.*

*Entiendo que soy responsable financieramente de todos los gastos por servicios recibidos antes de que mi solicitud sea finalizada y aprobada.. Yo entiendo que Lamprey Health Care está regulado por pólizas y regulaciones establecida por el gobierno federal y se considera ilegal falsificar o reclamar de manera falsa información incorrecta en esta aplicación.*

*(firma del aplicante) (fecha)*

## *Para el Uso de la Oficina solamente:*

***Date application received:***

***Name of Staff member receiving application:***

***Assistance is granted at % based on calculated household income of $ and family size of \_.***

***Assistance is denied due to:***

***Income does not meet eligibility criteria***

***Missing information requested was not provided within 10 days***

***Application was not signed***

***Notification to patient was mailed on***

***(date)***

***Signature of employee performing eligibility review:***

Aplicación para cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Verificación de Ingresos

(Por favor complete lo siguientes para todos los miembros adultos del hogar al igual que todos los hijos(as) quienes estén empleados y complete una sección separada para cada empleador si alguien tiene más de un empleo)

Nombre: Fecha de Nacimiento: Empleador: Fecha de Contratación: Título de Trabajo: Horas promedio por semana:

Tarifa de Pago: $

por hora

Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: Fecha de Nacimiento: Empleador: Fecha de Contratación: Título de Trabajo: Horas promedio por semana:

Tarifa de Pago: $

por hora

Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: Fecha de Nacimiento: Empleador: Fecha de Contratación: Título de Trabajo: Horas promedio por semana:

Tarifa de Pago: $

por hora

Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: Fecha de Nacimiento: Empleador: Fecha de Contratación: Título de Trabajo: Horas promedio por semana:

Tarifa de Pago: $

por hora

Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: Fecha de Nacimiento: Empleador: Fecha de Contratación: Título de Trabajo: Horas promedio por semana:

Tarifa de Pago: $

por hora

Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Si quiere espacios adicionales, por favor adjunte una hoja separada.

Aplicación para cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Verificación de Ingreso

Por favor liste todas las fuentes de ingreso para el hogar. El ingreso a ser incluido debe incluir, pero no está limitado a, compensación de desempleo, incapacidad, compensación laboral, seguro social, ingreso de seguridad supleméntal (SSI por sus siglas en ingles), asistencia pública (incluyendo cupones de comida, cuidado de niños), beneficios de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o ingreso de retiro, intereses, dividendos, otros ingresos de inversión, renta, regalías, ingresos de herencias y fideicomisos, pensión alimenticia, manutención de menores y otros ingresos de fuera del hogar y otras fuentes diversas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Miembro del Hogar | Fuente de Ingreso | Cantidad | Periodo de Pago (Semana, mes, año) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |