Evaluación de Ingresos de Rural Health Group

¿Por qué se me pregunta sobre mis ingresos?

Rural Health Group es un centro de salud federalmente calificado (FQHC en inglés), y les pregunta a TODOS los pacientes sobre su vivienda, su estado de veterano, el tamaño de su hogar y sus ingresos. RHG usa la información sobre el tamaño del hogar y los ingresos para determinar la elegibilidad para el programa de descuentos de la escala móvil. Estas preguntas se hacen sin importar el estado de su seguro. Aun si tiene seguro médico puede calificar para el programa de descuentos de la escala móvil. Lo evaluamos con el fin de encontrar aquellos programas para los que pueda ser elegible, y le damos información para ayudarlo a aplicar.

Información del Paciente

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Si el paciente es menor de 18 años, Nombre del Padre/Guardián Legal:	*Relación:*
Por favor seleccione su situación de vivienda/vida: ☐ Vivo en mi propia casa ☐ Vivo con familiares/amigos ☐ Sin vivienda ☐ Refugio/Vivienda transitoria	¿Está usted un veterano? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No Nombre del Seguro Médico: _____

Si tiene seguro médico, le cobraremos a su proveedor de seguro y aplicaremos el descuento sobre cualquier saldo deudor de copagos y deducibles.

	A	B	C	D	E
1	☐ $ 0 - $15,650	☐ $15,651 - $20,815	☐ $20,816 - $25,979	☐ $25,980 - $31,300	☐ $31,301 or more
2	☐ $ 0 - $21,150	☐ $21,151 - $28,130	☐ $28,131 - $35,109	☐ $35,110 - $42,300	☐ $42,301 or more
3	☐ $ 0 - $26,650	☐ $26,651 - $35,445	☐ $35,446 - $44,239	☐ $44,240 - $53,300	☐ $53,301 or more
4	☐ $ 0 - $32,150	☐ $32,151 - $42,760	☐ $42,761 - $53,369	☐ $53,370 - $64,300	☐ $64,301 or more
5	☐ $ 0 - $37,650	☐ $37,651 - $50,075	☐ $50,076 - $62,499	☐ $62,500 - $75,300	☐ $75,301 or more
6	☐ $ 0 - $43,150	☐ $43,151 - $57,390	☐ $57,391 - $71,629	☐ $71,630 - $86,300	☐ $86,301 or more
7	☐ $ 0 - $48,650	☐ $48,651 - $64,705	☐ $64,706 - $80,759	☐ $80,760 - $97,300	☐ $97,301 or more
8	☐ $ 0 - $54,150	☐ $54,151 - $72,020	☐ $72,021 - $89,889	☐ $89,890 - $108,300	☐ $108,300 or more

Marque la casilla correspondiente al rango de ingresos anuales totales de su familia/hogar junto al número total de personas en su familia/hogar:

☐ *Hay más de 8 personas en mi hogar.*

☐ *No deseo revelar los ingresos de mi hogar.*

Certificación

Al firmar esto certifico lo siguiente:

- Se me ha explicado el programa de descuentos de la escala móvil de Rural Health Group.
- Me han ofrecido la oportunidad de aplicar para el programa de descuentos.
- Si no soy elegible para el programa *o* si no deseo aplicar en este momento, entiendo que se me puede reevaluar para el programa si cambian mis ingresos o el tamaño de mi hogar *o* si deseo completar el proceso de solicitud brindando información sobre el tamaño de mi hogar y pruebas de ingresos.

_____ _____/_____/_____

Firma Fecha

(Padre o guardián legal/familiar más cercano/representante autorizado, si el paciente no puede firmar)

Sólo Para Uso De La Oficina

Ingresos Anuales: $_____ Tamaño de la familia _____

☐ Cumplen con las pautas ☐A ☐B ☐C ☐D ☐No cumplen con las pautas (E) ☐Información no revelada

Solicitud para la escala móvil:

☐ Aprobado condicionalmente - 30 días (necesita POI) ☐ Se ofreció la solicitud pero el paciente no desea aplicar en este momento

Firma del Staff de RHG: _____ Fecha: _____

Rev. January 2024