



## ***Programa de tarifas variables***

**Como clínica de salud con calificación federal, North Olympic Healthcare Network puede ofrecer sus servicios en una escala tarifaria variable. Esto quiere decir que dependiendo del tamaño y renta de su familia, podrá optar a descuentos en las tasas.**

### **Elegibilidad para el programa de tarifas variables:**

El personal de North Olympic Healthcare Network está a disposición de los pacientes para ayudarles a determinar si pueden optar a los descuentos a través del programa de tarifas variables. Los pacientes que cumplan con los requisitos necesarios de solicitud podrán recibir los descuentos. Utilizamos los índices federales de pobreza para determinar la tarifa mínima disponible. Se adjunta cuadro informativo y solicitud.

### **Cómo optar al Programa de tarifas variables:**

Rellene la solicitud adjunta y devuélvasela al Representante de Cuentas. Cuando haya entregado la solicitud completa y toda la información necesaria, se revisará para comprobar su elegibilidad y se le contactará para informarle de la resolución.

Si tiene alguna duda acerca del Programa de tarifas variables de North Olympic Healthcare Network, llame a nuestra oficina comercial al (360)452-8086 ext 2826.

**Nota: PUEDE SOLICITAR PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL WASHINGTON HEALTHCARE BENEFITS EXCHANGE ONLINE EN <http://www.wahbexchange.org/> O PONIÉNDOSE EN CONTACTO CON NUESTRO ORIENTADOR EN EL 360-452-7891 X 2846.**

# Solicitud del Programa de tarifas variables

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cuenta #: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Casa  Móvil  Mensajes

## Miembros de la familia:

Enumere a todos los miembros de su familia que residan en la dirección arriba indicada y su fecha de nacimiento respectiva.

1. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entregue **cualquiera** de los siguientes documentos para ayudar a determinar su elegibilidad. Indique el motivo si no puede proporcionarlo.

1. Comprobante de ingresos de **cada** miembro de la familia:

a. Recibo de pagos para el período de 3 meses anterior a la solicitud.

*No se puede aportar porque:* \_\_\_\_\_

b. Cartas que aprueben/denieguen la compensación por desempleo.

*No se puede aportar porque:* \_\_\_\_\_

c. Comprobante de prestaciones de la Seguridad Social y/o pagos de pensiones, si procede.

*No se puede aportar porque:* \_\_\_\_\_

d. Verificación y extractos de ahorros de los 3 meses anteriores a la solicitud.

*No se puede aportar porque:* \_\_\_\_\_

e. ¿Tiene alguna propiedad en alquiler y recibe rentas por ella? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, indique la renta mensual por alquiler

\_\_\_\_\_

f. ¿Dispone de otras fuentes de ingresos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, explique en mayor detalle

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Ciertos gastos pueden considerarse una deducción de sus ingresos. ¿Paga algo de lo siguiente?

a. ¿Paga pensión alimenticia mensual? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, indique la cantidad \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Paga préstamo estudiantil mensual? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, indique la cantidad \$ \_\_\_\_\_

c. ¿Paga manutención mensual por algún hijo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, indique la cantidad \$ \_\_\_\_\_

\*\* Y adjunte los documentos debidos que lo respalden.

YO, EL SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES, AFIRMO QUE LO ARRIBA INDICADO ES CIERTO Y EXACTO A MI SABER Y ENTENDER Y ACEPTO PROPORCIONAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE SE ME SOLICITE PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE ESTA SOLICITUD, CONSULTE AL REPRESENTANTE DE CUENTAS DE PACIENTES EN EL 360-452-8086.

\*\*\*\*\*

No escriba a partir de esta línea – a rellenar solo por el personal administrativo.

Este documento se recibió el: \_\_\_\_\_

Información verificada por: \_\_\_\_\_

Porcentaje del Índice federal de pobreza: \_\_\_\_\_

Elegible para reducción de saldo: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cantidad que debe el paciente: \$ \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Firma del director financiero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente notificado: \_\_\_\_\_ Comunicado enviado: \_\_\_\_\_