

**Alianza de Servicios de Salud: Aplicación del programa de escalas de tarifas deslizantes (Rev 4/2019)**

Es la política de Alianza de Servicios de Salud (HSA) proporcionar servicios esenciales incluso si el paciente no puede pagar. Se ofrecen descuentos en función de los ingresos y el tamaño de la familia. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a los servicios que se proporcionan desde programas externos, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, resultados de rayos x completados por un radiólogo y otros servicios de este tipo\*. Si cree que este descuento puede ser útil para usted y su familia, tendrá que completar la Aplicación de Escala de Honorarios Deslizantes (SFDP) y proporcionar prueba de ingresos.

Aplicación Médica/De Salud Conductual:

Aplicación Dental:

**Información de la Persona Que Solicita el Descuento (Solicitante):**

_____	_____	_____	_____
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Seguridad social #
_____	_____	_____	_____
La dirección	Ciudad, código postal	# Teléfono	

**Información del Hogar: *Tenga en Cuenta- Si el ingreso del hogar es incompleto o inexacto, el descuento de la tarifa no se puede ofrecer.***

Número total de personas que viven en el hogar: _____	Ingreso mensual total para todas las personas: \$ _____
Enumere todas las fuentes de ingresos (ver ejemplos a continuación):    	

**Tipos de Ingresos Incluidos:**

- Gobierno:** Seguridad Social, SSI, Discapacidad, Asistencia Pública, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas, Beneficios Para Sobrevivientes, Beneficios Para Veteranos
- Relacionados con el Trabajo:** Empleo, Desempleo, Indemnización de Trabajadores, Pensiones
- Otros:** Ingresos por Jubilación, Dividendos, Tarifas de Alquiler, Regalías, Pensión Alimenticia, Manutención de Menores, Asistencia Educativa o Cualquier Otra Fuente de Asistencia en Efectivo.

**Tipos de Ingresos No Incluidos:**

- Beneficios No En Efectivo Como Cupones de Alimentos y Subsidios de Vivienda
- Ganancias o Pérdidas de Capital

**Para Ser Completado por el Personal de HSA/Administración:**

Elegible para la tarifa nominal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Elegible para la cuota de SFDP: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Descuento%: _____
<b><u>Revisión Administrativa:</u></b>		
El solicitante ha sido aprobado para la tarifa administrativa ajustada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No; Cantidad: \$ _____		
Administrator Name: _____	Date: _____	
Signature: _____		

**Acuse de Recibo del Solicitante:**

Al firmar este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente (inicial todo lo que aplica):

\_\_\_\_\_ Me han ofrecido para solicitar una tarifa de escala deslizante, pero han rechazado y no soy elegible para un descuento Honorario.

\_\_\_\_\_ No soy elegible para la tarifa con descuento y soy capaz de pagar mi atención a través de otros medios, como Seguro.

\_\_\_\_\_ Se me ha hecho consciente de que algunos servicios pueden tener un cargo por separado con descuento y voy a ser notificado en el momento en que se recomiendan los servicios, equipos o medicamentos \*.

\_\_\_\_\_ He sido notificado de que soy elegible para una tarifa de escala deslizante en la cantidad de dólares \_\_\_\_\_ para Salud médica/conductual y/o \$ \_\_\_\_\_ para servicios dentales, y soy capaz de pagar esta cuota (s) para mi Cuidado. Voy a notificar a HSA si en cualquier momento me conviertes en incapaz de pagar esta cantidad.

\_\_\_\_\_ Me han notificado que soy elegible para una tarifa de escala deslizante en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ pero no puedo pagar esta cantidad. Solicito revisión administrativa para un posible ajuste de la tarifa.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que el personal de HSA se contacte con cada empleador o agencia en la lista para confirmar mis ingresos.

\_\_\_\_\_ Voy a proporcionar o han proporcionado personal de HSA con comprobante de la documentación de ingresos.

\_\_\_\_\_ No puedo proporcionar una prueba de la documentación de ingresos, ya que mi empleador no proporciona talones de cheques, y no es posible que la persona (s) que me pague a escribir una carta para probar mis ganancias.

\_\_\_\_\_ Se me pedirá que vuelva a solicitar este programa cada año.

\_\_\_\_\_ Voy a notificar a HSA en cualquier momento hay un cambio en mis ingresos, tamaño del hogar o cobertura de seguro.

\_\_\_\_\_ Voy a pagar mi tarifa en el momento en que se prestan los servicios.

\_\_\_\_\_ Certifico que toda la información que he proporcionado es correcta y completa a lo mejor de mi capacidad.

La firma del Paciente/Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si necesita correo en la solicitud y/o comprobante de ingresos, por favor envíe un correo a:**  
HSA, 5050 San Bernardino St., Montclair, CA 91763