

**CAMINO HEALTH CENTER
PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO
SOLICITUD DE PLAN DE ASISTENCIA FAMILIAR**

Camino tiene la póliza de proporcionar servicios esenciales, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información y devuélvela a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en Camino, pero no a los servicios que se dan fuera de Camino, como referencias a pruebas de laboratorio, medicamentos, interpretación de rayos X por un radiólogo, y servicios similares. Con la esperanza de que su salud económica mejore, los descuentos se aplican sólo a los servicios actuales, no a los servicios en el futuro. Este formulario debe completarse anualmente y si hay algún cambio. Por favor, pregunte en la recepción si tiene alguna pregunta

___ Deseo aplicar

___ No deseo aplicar

Nombre de la Solicitante: _____		# de Expediente: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____	Código Postal: _____
Teléfono Residencial: _____	Teléfono Celular: _____	Teléfono del Trabajo: _____	

FAVOR DE INCLUIRSE, SU ESPOSA/O, Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre			Fecha de Nacimiento	Número total en su hogar:
Solicitante			Dependiente #3				
Esposa/o			Dependiente #4				
Dependiente #1			Dependiente #5				
Dependiente #2			Dependiente #6				
Fuente de Ingreso			Solicitante	Frecuencia (semanal (52), quincenal (26), dos veces al mes (24) o mensual (12))	Esposa/o	Frecuencia (semanal (52), quincenal (26), dos veces al mes (24) o mensual (12))	Total
Ingresos, salarios, propinas etc.							
Ingreso Total							

Nota: Incluya los ingresos de usted, su esposa/o, dependientes menores de 18 años en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluyendo salarios, propinas, seguro social, beneficios de incapacidad, pensiones, anualidades, beneficios de veteranos, negocios o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de hijos, militar, compensación por el desempleo, y ayuda pública.

Lista de verificación (Incluya copias)			Si	No
Identificación/Dirección: licencia de conducir, certificado de nacimiento, identificación de empleo, tarjeta de seguro social				
Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes				
Seguro: tarjeta (s) de seguro				

Yo certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcto. Es posible que se requieran copias de las declaraciones de impuestos, recibos de pago y otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

**CAMINO HEALTH CENTER
PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO
DECLARACIÓN DE INGRESOS**

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Favor de revisar y completar la siguiente información:

Yo, _____, declaro que he estado trabajando y recibiendo pagos en efectivo en la cantidad de \$ _____ cada (*seleccione uno*) _____ semana (52); quincena (26); _____ dos veces al mes (24); _____ mes (12).

Nombre del empleador: _____

_____ Declaro que no tengo talones de cheques u otra documentación para demostrar mis ganancias.

_____ Declaro que estoy desempleado y no tengo ningún ingreso en este momento.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Entiendo que cualquier falsificación o falta de informar cambios en los ingresos puede resultar en que no sea elegible para el ajuste de la escala de descuento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

For staff use only

I certify that this patient has no documentation for the proof of income:

Print Name: _____ Date: _____

Signature of Patient Service Representative _____

PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO
Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN,
por sus siglas en inglés)

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____ usted pudiera tener que pagar. Medicare no paga por todo, incluyendo algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica crean que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por D. ____.

D.	E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago:	F. Costo estimado

LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
 - Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
 - Elija una opción a continuación sobre si recibirá D. _____ que se indica arriba.
- Nota:** Si elige opción 1 o 2, podríamos ayudarle a utilizar otros seguros médicos que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla por usted.

- ☐ **OPCIÓN 1.** Quiero D. _____ que se indica arriba. Me pueden pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Entiendo que, si Medicare no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare según las indicaciones en el MSN. Si Medicare paga, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, menos los copagos o deducibles.
- ☐ **OPCIÓN 2.** Quiero D. _____ que se indica arriba, pero no facture a Medicare. Me pueden pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No quiero D. _____ que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, no seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

H. Información adicional:

Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare. Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
------------------	------------------

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.