

Programa de tarifa variable

Como Clínica de atención médica federalmente calificada, la Mattawa Community Medical Clinic le puede ofrecer la mayoría de los servicios a costo reducido en la escala de tarifas variables. Esto significa que dependiendo de la cantidad de miembros de su familia e ingresos, usted pudiese calificar para descuentos reducidos.

Programa de tarifa variable elegibilidad:

El personal de Mattawa Community Medical Clinic está disponible para ayudar a los pacientes a determinar su elegibilidad para descuentos a través del programa de tarifas variables. La Mattawa Community Medical Clinic utiliza las pautas federales de pobreza actuales para determinar el descuento disponible. Usted encontrará los honorarios y una solicitud adjunta.

Como solicitar el programa de tarifa variable:

Complete la solicitud adjunta y entréguesela al representante de cuenta o navegador de la Mattawa Community Medical Clinic. La elegibilidad se basará en una revisión posterior de la solicitud y material relevante adicional. Usted será contactado con la determinación.

Si usted tiene pregunta sobre el programa de tarifas variables de la Mattawa Community Medical Clinic por favor de llamar a nuestra Oficina de negocios al 509-932-4499.

Nota: Usted puede solicitar beneficios médicos a través del intercambio de beneficios de atención médica de Washington en línea al <http://www.wahbexchange.org/> o poniéndose en contacto con nuestro navegador de paciente al 509-932-4499.



Solicitud del Programa de tarifas variables

Cabeza del hogar: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____ [] Casa [] Móvil [] Mensajes

Miembros de familia:

Enumere a todos los miembros de su familia que residan en la dirección arriba indicada, y sus respectivas fechas de nacimiento.

- | | | | | <u>¿Ingreso?</u> |
|-----|-------|-----------------|---------------------|------------------|
| 1. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 2. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 3. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 4. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 5. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 6. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 7. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 8. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 9. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |
| 10. | _____ | Relación: _____ | FDN: ____/____/____ | S / N |



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

Comprobante de ingresos de cada miembro de la familia:

- Talón de cheques actuales de los últimos 2 meses, dentro de los últimos 3 meses antes de la solicitud
 Adjunto **No aplica**
 ¿No lo puede proporcionar, por qué?: _____
- Formularios actuales de sus W-2
 Adjunto **No aplica**
 ¿No lo puede proporcionar, por qué?:: _____
- Impuestos Federales (formulario 1040-1040EZ)
 Adjunto **No aplica**
 ¿No lo puede proporcionar, por qué?: _____
- Cartas de aprobación/denegación de compensación por desempleo.
 Adjunto **No aplica**
 ¿No lo puede proporcionar, por qué?: _____
- Comprobante de beneficios del Seguro Social y/o pagos de pensiones, si corresponde
 Adjunto **No aplica**
 ¿No lo puede proporcionar, por qué?: _____
 - ¿Tiene otra fuente de ingresos? Si _____ No _____

Si es así, explique por favor: _____

EL SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES AFIRMA QUE LO ANTERIOR ES VERDADERO Y PRECISO LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. ACEPTO PROPORCIONAR CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE SE ME SOLICITE PARA PODER DETERMINAR ELEGIBILIDAD.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA AL RESPECTO A ESTA SOLICITUD DIRIJA SUS PREGUNTAS AL REPRESENTANTE DE CUENTAS AL PACIENTE AL **509-932-4499**

Received date: _____ Account # _____

Por favor, no escriba debajo de esta línea (Para uso exclusivo del personal de MCMC)

Document was received on: _____

Information verified by: _____

Annual Income: _____

Total Household Members: _____

Date Range: _____

Federal Poverty Guideline Level: _____ Patient Percent due: _____ %

Reviewed by Signature: _____ Date: _____

Approved Signature: _____ Date: _____

Patient Notified: _____ Statement Sent: _____ Other: _____

Notes _____

Received date: _____ Account # _____

Carta de Excepción de Circunstancias Especiales

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Número de cuenta _____

Por favor explique si tiene circunstancias especiales que interfieran con su habilidad de pagar su saldo de tarifas variables que debe ser considerado:

Firma _____ Fecha _____

Please do not write below this line (for MCMC Office use Only)

Current balance: _____ **Additional notes:** _____

Reduction: Denied [] Approved [] _____ % write off of current balance

Approval Signature _____ **Date** _____

Carta de auto declaración de ingresos

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Número de cuenta _____

Por favor explique por qué no puede proporcionar comprobantes de ingresos para la aplicación del programa de tarifas variables:

Por favor proporcione la información de contacto de una persona con la cual podemos verificar la declaración anterior:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Ciudad, estado, código postal _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Please do not write below this line (for MCMC Office use Only)

Status: Approve [] Denied []

Approval Signature _____ Date _____