

Solicitud de atención asequible de HRCHC de 2024 Nombre del centro odontológico/de salud:

Esta es una solicitud para el programa de tarifas móviles de HealthReach Community Health Centers. Este programa ofrece un descuento en los servicios brindados en nuestros centros de salud/odontológicos. No es un programa de seguro.

A) Información sobre usted: (solicitante)

Nombre:

Dirección postal:

Teléfono:

B) Complete esta lista con usted y los miembros de su familia/grupo familiar (**consulte las preguntas frecuentes para ver la definición de grupo familiar**)

Nombre	Fecha de nac.	Relación	Ingresos	Solicita el programa
1.			S N	S N
2.			S N	S N
3.			S N	S N
4.			S N	S N
5.			S N	S N
6.			S N	S N

Comprobante de ingresos

1) **¿Usted tiene empleo?** No ____ Sí ____ (si lo tiene, envíe uno de los siguientes comprobantes)

- Las primeras dos páginas de la declaración más reciente del Impuesto Federal sobre los Ingresos - ingreso bruto ajustado
 - Formulario W-2 - ingreso bruto
 - Dos talones de pago recientes. * Indique si le pagan por semana, quincena, etc. - ingreso bruto
- Nota importante:** Si es trabajador estacional, indique el promedio de semanas trabajadas.

2) **¿Es trabajador independiente?** No ____ Sí ____ (si lo es, envíe uno de los siguientes comprobantes)

- Las primeras dos páginas del formulario 1040 de la declaración más reciente del Impuesto Federal sobre los Ingresos
- O bien, los últimos tres estados de pérdidas y ganancias. Llame al 660-9922 para solicitar la planilla de pérdidas y ganancias si es necesario.

3) **¿Recibe beneficios por desempleo?** No ____ Sí ____ (si lo hace, envíe el siguiente comprobante)

- Aviso del Departamento de Trabajo en el que figure el monto máximo de beneficio (la primera carta que recibió).

4) **¿Recibe otros ingresos?** No ____ Sí ____ (envíe todos los comprobantes indicados abajo según corresponda)

- Seguro Social: Aviso del Seguro Social o copia del extracto bancario que muestre el depósito directo.
- Pensiones: copia de cheques recientes
- Manutención infantil/pensión alimentaria: copia del documento legal o cheque pagadero reciente.
- Aviso de beneficio por discapacidad
- Aviso de indemnización por accidente de trabajo
- Aviso de pensión por viudez
- Otros ingresos de fuentes varias [p. ej., ingresos de alquileres, asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), intereses o dividendos]

5) Si no recibe **NINGUNA** asistencia financiera y no tiene **NINGÚN** ingreso, proporcione una carta firmada del familiar o amigo que le brinda apoyo. Si nadie lo ayuda, proporcione una explicación escrita de cómo se pagan sus gastos básicos.

6) Cualquier solicitud de excepción de estas pautas debe realizarse por escrito y requiere la aprobación del gerente de Ciclo de Ingresos o del director de Finanzas.

Si desea ayuda para solicitar MaineCare, el Programa de Salud Cervical, atención hospitalaria gratuita o el Mercado de Seguros Médicos, marque con un círculo **SÍ**.

SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS: Certifico que toda la información es verdadera y correcta, y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales, que los funcionarios de

la institución pueden verificar la información de la declaración y que las declaraciones falsas deliberadas de la información pueden generarme un proceso penal según las leyes estatales y federales aplicables.

X

Firma del solicitante (o abogado) Fecha

Preguntas frecuentes sobre el Programa de Atención Asequible de HealthReach Community Health Centers

1. ¿Cuánto tardará en tomarse la decisión?

- La solicitud se procesará dentro de los 5 días hábiles.
- El primer día del mes en que se aprueba la solicitud será la fecha de entrada en vigencia.
- Siempre y cuando no haya cambios en sus ingresos o tamaño de la familia, el nivel de descuento estará vigente durante 12 meses.
- Cuando llegue el momento de renovar la solicitud, recibirá una notificación por correo.

2. ¿Qué responsabilidad tiene el solicitante?

- Es su responsabilidad notificarnos de inmediato por escrito si sus ingresos o el tamaño de su familia cambian.
- Es su responsabilidad notificarnos lo antes posible si cambia alguno de los domicilios.

3. ¿Qué cubre el Programa de Atención Asequible de HealthReach?

- Visitas al centro odontológico o de salud HealthReach
- Suministros utilizados en las visitas al centro de salud
- Análisis de laboratorio realizados y muestras de laboratorio recolectadas en el centro de salud (recibirá una factura separada por los análisis de laboratorio enviados para su procesamiento - NorDx Lab)

4. ¿Qué es un grupo familiar?

Grupo familiar significa todas las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas, dependientes y otras personas del mismo grupo familiar fiscal. Las personas que tengan 19 años o más y los no dependientes que vivan en la misma dirección se consideran grupos familiares separados. Las siguientes personas conforman el grupo familiar:

- El/la solicitante
- El/la cónyuge
- Pareja de hecho cuando el solicitante proporciona más del 50 % del apoyo financiero (gastos básicos necesarios) de la pareja de hecho.
 - Las parejas de hecho se definen como dos personas solteras, de 19 años o más, que viven juntas.
- Cualquier persona menor de 19 años que vive con el solicitante y es mantenida por él.
- Cualquier persona declarada dependiente en la declaración de impuestos federales del solicitante.
- Cualquier persona que declare al solicitante en una declaración de impuestos federales o sea su dependiente fiscal. Si el solicitante es declarado dependiente en una declaración de impuestos federales, la persona que lo declaró se considera parte del grupo familiar, y se requiere verificación de ingresos.

Lleve este formulario firmado al centro odontológico o de salud con el comprobante de ingresos.

O envíelo por correo electrónico a: PatientAccounts@Healthreach.org (Nota: Esta es una cuenta de correo electrónico insegura)

O envíelo por el portal para pacientes (recurso seguro). Haga clic en “I have a HealthReach billing question” (tengo una pregunta sobre facturación de HealthReach), adjunte los documentos, y escriba "Sliding fee application" (solicitud de tarifas móviles) en el asunto.

O envíelo por correo a:

HealthReach Community Health Centers
Attn: Patient Billing
PO Box 727
Waterville, ME 04903-0727

Teléfono: (207) 660-9922, opción 1
Número gratuito: 1-800-299-2460

Sus tarifas se reducirán si:

El tamaño de su familia es	y los ingresos de su familia son inferiores a:
1	\$30,121
2	\$40,881
3	\$51,641
4	\$62,401
5	\$73,161
6	\$83,921
7	\$94,681
8	\$105,441