



*Solicitud de descuento para servicios prestados por Evergreen
doctores de Primaria y departamento de Urgencias*

Estimado paciente:

Evergreen Family Medicine se esfuerza por brindar atención médica que es compasiva, de alta calidad, e económica, a través de una organización cohesiva basada en la atención primaria. Nuestras obligaciones son con nuestros pacientes, nuestra comunidad, nuestros colegas, nuestras familias y nosotros mismos.

Nos esforzamos por establecer confianza y respeto mutuo con nuestros pacientes y para propungar nuestros intereses mutuos dentro del sistema de salud. Evergreen Family Medicine brinda atención medica sin importar la capacidad de pagar.

A la luz de esta misión, Evergreen Family Medicine ofrece una variedad de oportunidades para ayudar con el tratamiento no electivo, ya sea para absorber parte del costo según la necesidad o para ayudar a identificar programas comunitarios o gubernamentales que se ajusten a sus necesidades. Este programa de descuento por tarifa móvil está diseñado para brindar atención con descuento a aquellos que no tienen medios, o medios limitados, para pagar sus servicios médicos (sin seguro o bajo asegurado). **Este programa no cubre los servicios prestados por Evergreen's Women's Health (Salud de Mujeres). Para solicitar un descuento en Women's Health, se requiere una solicitud diferente.**

Si desea solicitar asistencia financiera para su cuenta, complete la solicitud adjunta y devuélvala a nuestra oficina. Su situación se evaluará según los ingresos y el tamaño de la familia únicamente, utilizando las definiciones de la Oficina del Censo de estos. Con gusto lo consideraremos para recibir asistencia financiera siempre que la solicitud este completa, firmada, y toda la verificación necesaria ha sido entregada.

Nota: Los pacientes que califiquen para recibir un descuento completo recibirán un cargo nominal de \$20 por visita. Sin embargo, a los pacientes no se les negarán los servicios debido por la imposibilidad de pagar. La tarifa nominal no es un umbral para recibir atención y, por lo tanto, no es una tarifa mínima ni un copago.

Stewardship. Patient-care. Integrity. Respect. Innovation. Teamwork



Official Use Only

DOS	Filing Date

Divulgacion de Información de Finanzas (favor de escribir claramente)

Parte Responsable: _____ Edad: _____ Fecha nac: _____ SS# _____

Cónyuge: _____ Edad: _____ Fecha nac: _____ SS# _____

Domicilio Postal: _____ Cd _____ Edo _____ Codigo _____ Tel _____

Estado Civil: Soltero Casado Legalmente Sep. Divorciado Viudo
(adjunte copia)

Número de personas en hogar: _____

Dependientes (tal como aparecen en sus impuestos)

<u>Nombre</u>	<u>Fecha nac.</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Nombre</u>	<u>Fecha nac.</u>	<u>Parentesco</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Datos de Ingresos y de Finanzas

Es Ud. (empleado/ desempleado Nombre del Su puesto Contratación Se paga cada
Estudiante/ discapacitado/jubilado Empleador (mm/yy) (Mes/quincena/semana))

Imprima la información en la línea para cada parte solo si corresponde

Parte Responsable: _____

Cónyuge: _____

Pago por Hora / Salarios Brutos Mensuales

Parte Responsable: _____ Cónyuge: _____

Desempleado: Empleador Anterior Cuanto tiempo tiene Si piensa volver Tiempo que le queda Cantidad mensual
desempleado? cuando sería? de ayuda? de desempleo?

Imprima la información en la línea para cada parte solo si corresponde

Parte Responsable: _____

Cónyuge: _____

Otras fuentes de Ingresos:

Cantidad mensual del Seguro Social / Discapacidad: _____

Cantidad mensual de pensión / IRA (cuenta de retiro individual): _____

TANF (cantidad mensual de ayuda temporal para familias necesitadas): _____

Cantidad mensual de manutención de niños: _____

Becas o subvenciones: _____

Otros Ingresos (anote fuente): _____ Cantidad: _____

Cantidad total de ingresos mensuales: _____

Si no tiene ingresos, ¿cómo satisface sus necesidades básicas de vida? (Necesidades básicas son alimentos, techo, y ropa.)

¿Actualmente presenta impuestos? Sí No Si no, por favor explique: _____

¿Se ha declarado en bancarrota? Sí No Capítulo 7 Capítulo 13

Fecha de declaró: _____ Fecha de eliminación de deuda: _____

Lista de Verificación

¿Ha contestado todas las preguntas? No deje nada en blanco. Añade hojas si es necesario.

Proporcionar verificación de ingresos (si corresponde). Formas de verificación aceptadas:

- La declaración de impuestos de los Estados Unidos 1040 **del año más reciente** (todos los formularios archivados, incluido el formulario W-2 y todos los calendarios). *Si necesita obtener una copia, llame al 1-800-908-9946 para obtener una transcripción gratuita.*
- **Un mes** de los talones de pago representativos
- Carta del empleador indicando el número de horas trabajadas por semana, el pago por hora y el ciclo de pago
- Carta de Beneficios del Seguro Social **para el año corriente**
- Carta de beneficios de VA **para el año corriente**
- Carta de beneficios de desempleo
- Verificación de manutención de niños
- Resumen de cuenta escolar por término (para estudiantes universitarios)
- Detalle de al menos tres meses de ingresos y gastos de negocio para personas que trabajan por cuenta propia.
- Carta de aprobación de TANF

** Se puede solicitar información adicional para calificar para asistencia **

Para poder servirle mejor, requerimos la verificación de **todos** los ingresos durante un mes. Consulte la lista de verificación en la página anterior para ver una lista de opciones de formularios de verificación que aceptaremos. Si tiene alguna pregunta durante el proceso de solicitud, no dude en preguntar. Los solicitantes tendrán dos semanas después de enviar la solicitud de ayuda financiera para proporcionar cualquier información adicional que se requiera. Si al final de estas dos semanas no se ha recibido toda la verificación requerida, se cerrará su solicitud y se le enviará una carta de rechazo a usted, el solicitante. A partir de entonces, si desea volver a abrir su solicitud de asistencia financiera, deberá completar una nueva solicitud.

A los pacientes aprobados para asistencia financiera se les otorgará la elegibilidad por un período de 1 año a partir de la fecha de determinación. La asistencia financiera también se aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por los servicios recibidos 30 días antes de la fecha determinada.

****** Cualquier cuenta que se entregue a colecciones como resultado de la demora del paciente en proporcionar información no se considerará para el programa de descuento. ******

Por favor lea lo siguiente antes de firmar y asignar una fecha a la solicitud

Yo, el que subscribe, certifica que la información anotada en este documento es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento y entender.

1. Solicitaré toda y cualquier asistencia disponible con el fin de ayudar a pagar este cobro.
2. Entiendo que los datos dados aquí a conocer quedan sujetos a comprobarse; doy pues permiso y autorizo al Departamento de Servicios Humanos, a todo banco, compañía de seguros o de bienes raíces, institución financiera y prestamistas o facilitadores de crédito de cualquier índole, divulgar, a cualquier understand the information submitted is subject to verification; therefore, I grant permission and authorize the Department of Human Services, any bank, insurance company, real estate firm, financial institution and credit grantors of any kind to disclose, to any authorized agent of Evergreen Family Medicine, information as to my past and present accounts, policies, experiences and all pertinent information related thereto.

Firma (solicitante o garante)	Fecha
Firma (cónyuge-opcional)	Fecha

Devuelva la solicitud completa y los documentos a:

Evergreen Family Medicine
 2570 NW Edenbower Blvd
 Roseburg, OR. 97471
 Phone: (541) 677-7200 ext. 318