

¿SOLICITÓ MEDICAID O ALGÚN OTRO SEGURO? Medicaid: SÍ / NO (Marcar con un círculo la opción que corresponda) Otro seguro: SÍ / NO (Marcar con un círculo la opción que corresponda)

Si realizó la solicitud, indique lo siguiente: Fecha de la solicitud _____ Lugar donde realizó la solicitud _____

_____ ¿La solicitud está pendiente? SÍ / NO (Marcar con un círculo la opción que corresponda)

PÁGINA 1

INDIQUE LAS FUENTES DE INGRESOS BRUTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA *FAMILIA* INCLUIDOS EN LA PÁGINA 1.

LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEBE ESTAR ACTUALIZADA DENTRO DEL PLAZO DE 30 DÍAS RESPECTO DE LA SOLICITUD ORIGINAL.

<input type="checkbox"/> Remuneración/salario bruto	<input type="checkbox"/> Trabajo independiente	<input type="checkbox"/> Asistencia pública	<input type="checkbox"/> Seguro social (SSI, SSD o beneficios de jubilación del SS)
<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Beneficios de discapacidad del NYS	<input type="checkbox"/> Indemnización para trabajadores
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Manutención de niños	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses
<input type="checkbox"/> Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/> Propiedad que genera ingresos	<input type="checkbox"/> Ingresos por inquilino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dividendos por acciones/seguro de vida	<input type="checkbox"/> Otro		

EL PACIENTE DEBE ESCRIBIR SUS INICIALES EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ORACIONES.

_____ Comprendo que DEBO ser un paciente activo en el centro de salud o estar inscripto en un programa del centro de salud.

_____ Comprendo que la(s) credencial(es) que me entregaron está(n) limitada(s) al centro de salud, o al programa del centro de salud, la farmacia designada o los prestadores de servicios de laboratorio o de rayos X.

_____ Comprendo que los únicos cargos pagados por el programa de descuentos por escala móvil de honorarios son visitas al consultorio en el centro de salud o a través de los programas del centro de salud. Esto incluye servicios de atención médica, dental y de salud conductual en el centro (si corresponde).

_____ Comprendo que recibiré una lista de los procedimientos y servicios dentales cubiertos que se ofrecen en el centro de salud o a través del programa del centro de salud en virtud de este acuerdo.

_____ Comprendo que el Programa de descuentos por escala móvil de honorarios también *podría* cubrir los cargos de pruebas de laboratorio, servicios de rayos X o recetas solicitados por un proveedor del centro de salud.

_____ Comprendo que puedo recibir una factura directamente de LabCorp y que tengo la responsabilidad de entregar a Mosaic Health una copia de esta factura, a fin de que sea revisada y pagada a través del Programa de descuentos por escala móvil de honorarios.

_____ Comprendo que los siguientes cargos no están cubiertos por este programa: visitas a la sala de emergencias, servicios de ambulancia, cirugías ambulatorias, hospitalizaciones, visitas a consultorios de especialistas, recetas realizadas por especialistas y otros cargos que no se detallan en la lista.

_____ Comprendo que el proveedor del centro de salud no está obligado a rehacer una receta redactada por otro proveedor de salud de la comunidad.

_____ Comprendo que puedo reunir los requisitos para otros programas, como Medicaid, Child Health Plus, EPIC y Prescription Assistance Program, y se me alienta a presentar una solicitud.

_____ Comprendo que, en caso de que ocurra un cambio en mi situación financiera, debo informárselo al responsable de inscripción del programa y proporcionarle información actualizada sobre mis ingresos. Comprendo que si no presento la información actualizada, perderé mis beneficios del Programa de descuentos por escala móvil de honorarios.

_____ Comprendo que esta solicitud es válida por un año. Ciertas circunstancias pueden dar lugar a la terminación.

ACEPTACIÓN Y ACUERDO DEL PACIENTE

Por la presente, certifico que la información que proporcioné sobre mi estado financiero y grupo familiar actual es verdadera y exacta, a mi mejor saber y entender. Me explicaron el alcance de la cobertura prestada por el programa. Me entregaron una carta donde se detallan todos los servicios y en qué lugares puedo obtenerlos. También comprendo que siempre debo presentar mi credencial para obtener los servicios. Recibí información sobre el Período de autorización y el monto de descuento o copago, y la comprendí en su totalidad.

Nombre del solicitante/jefe de familia (en letra de imprenta)

Firma del solicitante/jefe de familia

Si completó esta solicitud en nombre de otra persona, escriba su nombre en letra imprenta, coloque su firma e indique cuál es su relación con el solicitante.

Nombre del representante (en letra de imprenta) familia

Firma del representante

Relación del representante con el solicitante/jefe de familia

PÁGINA 2 (SOLO PARA USO INTERNO)

Nombre (jefe de familia): _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de expediente médico: _____

FUENTE DE INGRESOS (ACTUAL)	Miembro de la familia	FUENTE DE INGRESOS (SEMANAL/QUINCENAL, ETC.)	ANUALIZADO	INGRESO ANUAL AJUSTADO (INGRESO BRUTO: CRÉDITO POR INGRESOS DEL TRABAJO, USD 90/MES, USD 1080/AÑO)
Remuneración/salario bruto (ingresos antes de impuestos): últimos 4 recibos en caso de pagos semanales o últimos 2 recibos en caso de pagos quincenales; o declaración del empleador con dicha información o Declaración de Empleadores del DHHS (Departamento de Salud y Servicios Sociales)		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Empleo independiente: formularios del impuesto a las ganancias o Formularios 1099 y verificación de gastos empresariales de los últimos 2 años		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Pensión/jubilación, beneficios para veteranos		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Beneficios por discapacidad, indemnización para trabajadores, beneficios de desempleo del NYS		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Propiedad que genera ingresos, ingresos por rentas, ingresos por inquilino		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Dividendos por acciones/seguro de vida, ingresos por intereses		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Asistencia pública, Seguro Social: SSI, SSD o beneficios de jubilación del SS		USD	USD	USD
		USD	USD	USD

		USD	USD	USD
Manutención de niños, pensión alimenticia		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Otro _____		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Otro _____		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
Otro _____		USD	USD	USD
		USD	USD	USD
		TOTAL USD	TOTAL USD	TOTAL USD

Realizado por: _____

Fecha: _____