



SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL

Parte 1: Porción del Paciente

West Cecil Health Center es un centro de salud calificado federalmente con una misión enfocada en mejorar el acceso a la atención médica y mejorar el estado de salud de los miembros de nuestra comunidad que se encuentran desatendidos, con seguro insuficiente y sin seguro.

Para reducir las barreras financieras para la atención, WCHC ofrece un descuento de tarifa móvil a todos los pacientes en o por debajo del 200% del nivel de pobreza federal según los ingresos y el tamaño de la familia. Todos los pacientes son elegibles para ser evaluados para descuentos de tarifa móvil. La determinación de los descuentos se realiza después de que toda la documentación requerida se haya presentado, revisado y aprobado.

Los descuentos de tarifa móvil son válidos durante 1 año a partir de la fecha de aprobación, a menos que se indique lo contrario. Se debe volver a enviar la documentación al vencimiento para reevaluar los descuentos continuos.

El solicitante principal de la escala de tarifas puede solicitarla para todos los miembros del hogar. Sin embargo, si los otros miembros del hogar son adultos, **de 18 años o más**, para ser elegibles para la escala de tarifas, deben 1) Firmar un reconocimiento que acepte las afirmaciones de la escala de tarifas o volver a solicitar la escala de tarifas por su cuenta.

Nombre legal del paciente (solicitante principal)	
Fecha de Nacimiento:	
Nº Seguro Social	
Dirección Físico	
Ciudad, Estado, CP	
Nº de Teléfono	
Correo Electronico:	
(Uso de oficina) Account Number:	

1) ¿Tiene seguro Médico? ☐ No ☐ Sí Dental? ☐ No ☐ Sí

2) ¿Cuál es su fuente de ingresos o cómo se mantiene? (Empleo, SSI, Asistencia del Gobierno como: Comida/Energía/Efectivo/Alojamiento, o manutención de hijos etc.) : **Documentación requerida para todos los ingresos/manutención:**

3) ¿Le parece que \$20 dólares es una tarifa nominal por una consulta médica/salud mental? \$50 dólares por una consulta dental básica, es decir limpiezas, exámenes y radiografías, y \$100 dólares por consultas odontológicas avanzadas, es decir obturaciones, endodoncias, prótesis dentales?

☐ Sí ☐ No, Por favor, explique:

□ 1 identificación válida con foto emitida por el gobierno (estadounidense o extranjera), O 2 formas aceptables de identificación que se presentarán con esta solicitud. ***Se requiere identificación para todos los solicitantes mayores de 18 años***

¿Quién vive en la misma dirección física que usted y mantiene? (indique en la lista abajo)

□ No aplica, vivo solo/a

	Nombre	Relación	Parte Del personal		
			HH Member?		
	Fecha de Nacimiento: Edad:		Annual Income:		
1	¿Apoya usted económicamente a esta persona? Es decir, alquiler, comida, utilidades	Sí o No	Documentation provided?		
	¿Tiene esta persona un seguro médico o dental?	Sí o No	Signed Affirmation?	Yes No N/A, Minor	
	¿Tiene esta persona algún ingreso?	Sí o No	Notes:		
	¿Le gustaría agregar a esta persona al descuento de la escala móvil de tarifas?	Sí o No			

	Nombre	Relación	Parte Del personal		
			HH Member?		
	Fecha de Nacimiento: Edad:		Annual Income:		
2	¿Apoya usted económicamente a esta persona? Es decir, alquiler, comida, utilidades	Sí o No	Documentation provided?		
	¿Tiene esta persona un seguro médico o dental?	Sí o No	Signed Affirmation?	Yes No N/A, Minor	
	¿Tiene esta persona algún ingreso?	Sí o No	Notes:		
	¿Le gustaría agregar a esta persona al descuento de la escala móvil de tarifas?	Sí o No			

	Nombre	Relación	Parte Del personal		
			HH Member?		
	Fecha de Nacimiento: Edad:		Annual Income:		
3	¿Apoya usted económicamente a esta persona? Es decir, alquiler, comida, utilidades	Sí o No	Documentation provided?		
	¿Tiene esta persona un seguro médico o dental?	Sí o No	Signed Affirmation?	Yes No N/A, Minor	
	¿Tiene esta persona algún ingreso?	Sí o No	Notes:		
	¿Le gustaría agregar a esta persona al descuento de la escala móvil de tarifas?	Sí o No			

	Nombre	Relación	Parte Del personal		
			HH Member?		
	Fecha de Nacimiento: Edad:		Annual Income:		
4	¿Apoya usted económicamente a esta persona? Es decir, alquiler, comida, utilidades	Sí o No	Documentation provided?		
	¿Tiene esta persona un seguro médico o dental?	Sí o No	Signed Affirmation?	Yes	No N/A, Minor
	¿Tiene esta persona algún ingreso?	Sí o No	Notes:		
	¿Le gustaría agregar a esta persona al descuento de la escala móvil de tarifas?	Sí o No			

	Nombre	Relación	Parte Del personal		
			HH Member?		
	Fecha de Nacimiento: Edad:		Annual Income:		
5	¿Apoya usted económicamente a esta persona? Es decir, alquiler, comida, utilidades	Sí o No	Documentation provided?		
	¿Tiene esta persona un seguro médico o dental?	Sí o No	Signed Affirmation?	Yes	No N/A, Minor
	¿Tiene esta persona algún ingreso?	Sí o No	Notes:		
	¿Le gustaría agregar a esta persona al descuento de la escala móvil de tarifas?	Sí o No			

	Nombre	Relación	Parte Del personal		
			HH Member?		
	Fecha de Nacimiento: Edad:		Annual Income:		
6	¿Apoya usted económicamente a esta persona? Es decir, alquiler, comida, utilidades	Sí o No	Documentation provided?		
	¿Tiene esta persona un seguro médico o dental?	Sí o No	Signed Affirmation?	Yes	No N/A, Minor
	¿Tiene esta persona algún ingreso?	Sí o No	Notes:		
	¿Le gustaría agregar a esta persona al descuento de la escala móvil de tarifas?	Sí o No			

	Nombre	Relación	Parte Del personal		
			HH Member?		
	Fecha de Nacimiento: Edad:		Annual Income:		
7	¿Apoya usted económicamente a esta persona? Es decir, alquiler, comida, utilidades	Sí o No	Documentation provided?		
	¿Tiene esta persona un seguro médico o dental?	Sí o No	Signed Affirmation?	Yes	No N/A, Minor
	¿Tiene esta persona algún ingreso?	Sí o No	Notes:		
	¿Le gustaría agregar a esta persona al descuento?	Sí o No			

* Additional Household members should be listed on a separate sheet found [here](#). [SFS Income Calculation Sheet](#)

AFIRMACIONES DEL PACIENTE –

Entiendo que un representante de WCHC evaluará mi elegibilidad para descuentos de tarifa móvil según la información que he proporcionado sobre el tamaño de mi hogar y una evaluación adicional de los ingresos de mi hogar. Entiendo que si tergiverso mi información financiera, podría ser descalificado del programa de descuento de tarifa móvil y podría ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables. Afirmó que toda la información que se proporciona a West Cecil Health Center es una declaración precisa y completa de los ingresos y el tamaño del hogar en el momento de la solicitud. Acepto informar cualquier cambio en los ingresos o en el tamaño del hogar. Entiendo que es mi responsabilidad informar mis ingresos a las agencias tributarias federales, estatales o locales. Entiendo que tendré que presentar un comprobante de ingresos y otra documentación aplicable para que me aprueben los descuentos de tarifa móvil.

Entiendo que el pago de los servicios vence en el momento del servicio. El monto cobrado al momento del servicio es una **estimación** y puede cambiar según los servicios prestados y las asignaciones del seguro. **Las tarifas por el servicio nunca serán inferiores a la tarifa nominal.** Si no se puede realizar el pago en el momento del servicio debido a condiciones financieras extraordinarias, se puede completar una Solicitud de Asistencia por Dificultades Económicas para su consideración.

Entiendo que los pacientes dentales pueden ser aprobados para una visita de emergencia antes de la aprobación de esta solicitud. Entiendo que este descuento es válido por un año después de su aprobación, a menos que se indique lo contrario. Los descuentos de tarifa móvil son un beneficio que se brinda a los pacientes de WCHC y están **sujetos a cambios**. Los pacientes de WCHC que son referidos para servicios fuera de WCHC pueden ser elegibles para descuentos en agencias asociadas.

Firma del solicitante principal/padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante adicional: *si procede*

Nombre impreso: _____

Entiendo que el solicitante principal de esta solicitud ha solicitado la escala de tarifas en mi nombre. Entiendo que esto se basa en el tamaño del hogar y los ingresos.

Entiendo que un representante de WCHC evaluará mi elegibilidad para descuentos de tarifa móvil según la información que he proporcionado sobre el tamaño de mi hogar y una evaluación adicional de los ingresos de mi hogar. Entiendo que si tergiverso mi información financiera, podría ser descalificado del programa de descuento de tarifa móvil y podría ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables. Afirmó que toda la información que se proporciona a West Cecil Health Center es una declaración precisa y completa de los ingresos y el tamaño del hogar en el momento de la solicitud. Acepto informar cualquier cambio en los ingresos o en el tamaño del hogar. Entiendo que es mi responsabilidad informar mis ingresos a las agencias tributarias federales, estatales o locales. Entiendo que tendré que presentar un comprobante de ingresos y otra documentación aplicable para que me aprueben los descuentos de tarifa móvil.

Entiendo que el pago de los servicios vence en el momento del servicio. El monto cobrado al momento del servicio es una **estimación** y puede cambiar según los servicios prestados y las asignaciones del seguro. **Las tarifas por el servicio nunca serán inferiores a la tarifa nominal.** Si no se puede realizar el pago en el momento del servicio debido a condiciones financieras extraordinarias, se puede completar una Solicitud de Asistencia por Dificultades Económicas para su consideración.

Entiendo que los pacientes dentales pueden ser aprobados para una visita de emergencia antes de la aprobación de esta solicitud. Entiendo que este descuento es válido por un año después de su aprobación, a menos que se indique lo contrario. Los descuentos de tarifa móvil son un beneficio que se brinda a los pacientes de WCHC y están **sujetos a cambios**. Los pacientes de WCHC que son referidos para servicios fuera de WCHC pueden ser elegibles para descuentos en agencias asociadas.

Firma del solicitante adicional: _____ Fecha: _____

* Additional Applicant Signatures should be signed on a separate sheet found [here](#).

Part 2: WCHC Staff Portion

Proof of income must be validated **for the applicant and all financial supporters.**

A **financial supporter** is defined as:

- a person living in the same household as the applicant and;
- a person paying for the patient’s portion of housing, food, or utilities (Gas, Electric, Heat, Phone, Water)

Total household Size: _____

Total Household Income: \$_____

Federal Poverty Level: _____

Slide Category quoted:_____

Slide Timeframe (*Circle One*): Temporary Dental Annual

Authorized WCHC Representative Completing Application:_____

Date:_____

Secondary Managerial Sign Off:

- ☐ *Validated that SFS is Entered in the EHR*
- ☐ Photo ID scanned for all applicants ages 18 and older
- ☐ Approved for Slide Category: _____ on this Day: _____

Slide Timeframe (*Circle One*): Temporary Dental Annual

Notes:_____

☐ Denied, Ineligible for Sliding Fee Discount

Reason for Denial:

Practice Manager/Supervisor:_____

Date:_____

Sliding Fee Discount Determination Letter

Patient, Parent, or Legal Guardian is responsible for paying the sliding fee or nominal fee, whichever is greater. Payment is collected at time of service and is an estimate which may change based on services performed and insurance allowances.

MEDICAL AND BEHAVIORAL HEALTH

- ☐ _____% of Medical/Behavioral Health Fees or nominal fee, whichever is greater; or
- ☐ Medical/Behavioral Health Nominal Fee

Expiration Date: _____

Authorized West Cecil Health Center Representative: _____

Household members covered under sliding fee discount:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Account #: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Account #: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Account #: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Account #: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Account #: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Account #: _____

Please retain a copy of this validation letter for your records. Sliding fee discounts are a benefit provided to WCHC patients and are subject to change. WCHC patients that are referred for services outside of WCHC may be eligible for discounts at partnering agencies. Agencies may call representatives at (410) 378-9696 to confirm referrals to care and sliding fee discount eligibility.