



Ayuda Financiera

Informacion del programa de descuento.

¿Qué es el programa de descuentos?

Es la norma de los Servicios de Salud de Heartland proporcionar atención primaria enfocada en el paciente independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen a base de los ingresos económicos del hogar y el número de personas que viven en el hogar. Para calcular el descuento básico se utiliza un formulario de tarifas y se actualiza cada año usando las pautas federales de bajo ingresos. Una vez aprobado, el descuento será válido por un año a partir de la fecha de aplicación, después de el año el paciente debe volver a aplicar.

El Programa de descuento (EPDD) es parte de un programa federal (Centros de salud federalmente calificados - CDSFC) que permite a los Servicios de Salud de Heartland descontar los gastos normales de las visitas médicas para nuestros pacientes que califiquen. Para calificar para el programa, los pacientes deben proporcionar una prueba de ingresos debajo del 200% del las pautas federales de bajo ingresos.

El Descuento está disponible para todos los pacientes sin seguro médico. Si usted tiene cobertura de seguro, Es requerido por el programa CDSFC que los Servicios de Salud de Heartland facturen su seguro por sus cargos de visitas médicas. Usted puede ser responsable del copago del seguro en esta situación. Si tiene un co-seguro o un deducible alto, puede aplicar para el descuento para ayudarle en la parte de su responsabilidad de los cargos.

Dependiendo del tamaño del hogar y del ingreso familiar, se le asignara un nivel de descuento del Pago Completo, Categoría A, Categoría B, Categoría C, o Categoría D. La tarifa mínima cobrada por cada nivel se muestra a continuación:

Descuento	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Pago Completo
Tarifa mínima	\$25.00	\$30.00	\$35.00	\$40.00	Pago Completo

Los pacientes que califican para las tarifas con descuento son responsables solamente de la tarifa mínima en su nivel respectivo y se espera que paguen la tarifa descontada en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos.

¿Cómo puedo aplicar para el Programa de Descuento?

1. Primero, complete la solicitud de Asistencia Financiera (AF) incluida con este paquete informativo. Las instrucciones se incluyen en la solicitud. No dude en preguntar al personal de recepción si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud.

2. A continuación, deberá presentar un comprobante de ingresos, incluyendo lo siguiente, si corresponde:

- Ingreso del Seguro Social.
- Ingreso de Pensiones / Retiro
- Recibo de pensión alimenticia
- Recibo de manutención de menores
- Compensación por desempleo
- Invalidez o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Rentas y / o regalías recibidas

3. Copias de pruebas de ingresos - Ejemplos de pruebas aceptables que se enumeran a continuación (las copias son aceptables):

- Talon de cheques de 2 meses previos
- Estados de cuenta bancarios 2 meses previos a
- Declaración de Impuesto sobre la Renta del año más reciente.
- Verificación de Desempleo (Declaración de Beneficio).
- Documentos de la corte (pensión alimenticia y / o manutención de menores).
- Carta de Beneficios (beneficiarios del SSI y del Seguro Social, beneficiarios de Pensiones / Retiro).

4. Envíe su solicitud con la prueba adjunta a cualquiera de las clínicas Servicios de salud Heartland o envíela a:

Servicios de salud Heartland
A la atención de: Asistencia Financiera
2214 N University St.
Peoria, IL 61604

5. Si tiene alguna pregunta sobre asistencia financiera o sobre cómo completar la solicitud de FA, comuníquese con Michelle al (309) 680-7639.



Program de Descuento

Aplicacion de Ayuda Financiera

Es la norma de los Servicios de Salud de Heartland proporcionar atención primaria enfocada en el paciente independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen a base de los ingresos economicos del hogar y el número de personas que viven en el hogar. Para calcular el descuento básico Se utiliza un formulario de tarifas y se actualiza cada año usando las pautas federales de bajo ingresos. Una vez aprobado, el descuento será válido por un año a partir de la fecha de aplicación, después de el año el paciente debe volver a aplicar.

Una solicitud completa, incluida la verificación de ingresos, debe estar archivada y aprobada por la oficina de asistencia financiera de Heartland antes de que se aplique un descuento.

Porfavor complete la siguiente informacion:

I. Informacion del Paciente

Nombre del paciente:	Apellido	Nombre		
Direccion:	Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de telefono	Fecha de nacimiento			

II. Informacion del tutor/guardian (Si Aplica)

Nombre de la persona responsable de pagar la cuenta.	Relacion al Paciente			
Direccion	Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono	Fecha de Nacimeinto			

III. Informacion del Hogar – Nombre de todas las personas que habitan en su Hogar y ayuda financieramente*

1.	Nombre	Relacion al paciente	Fecha de Nacimiento
2.	Nombre	Relacion al paciente	Fecha de Nacimiento
3.	Nombre	Relacion al paciente	Fecha de Nacimiento
4.	Nombre	Relacion al paciente	Fecha de Nacimiento
5.	Nombre	Relacion al paciente	Fecha de Nacimiento
6.	Nombre	Relacion al paciente	Fecha de Nacimiento

*Si necesita mas espacio porfavor usar la pagina de atras.

IV. Informacion De Ingresos Economicos del Hogar– Porfavor liste a todas las personas que viven y ayudan financieramente en el hogar incluyendo al paciente .

DECLARACION DE IMPUESTOS

Incluya a cualquier persona mayor de 18 años de edad que resida en el hogar y contribuya a los gastos básicos de vida del hogar (incluido usted mismo). El ingreso incluye salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de manutención de hijos, Indemnización por desempleo, prestaciones del seguro social, asistencia pública / gubernamental, pensiones y / o ingresos de distribución de IRA u otros ingresos de jubilación, etc. (Vea las instrucciones para la lista completa.) NO incluya asistencia no monetaria como estampillas de comida, subsidio de vivienda o Otros subsidios gubernamentales.

Miembros del Hogar	Edad	Fuente de Ingresos ó Nombre del Empleador	Ingresos Economicos Mensuales
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Ingreso total Mensual \$_____

V. Usted present Impuestos El año Pasado ? SI No

Usted ó su Esposo (a)

Recivio? :

Beneficios de Deseempleo	Si	No	_____
			Encaso que Si, Cuanto por mes?
Retiro del Seguro Social	Si	No	_____
			Encaso que Si, Cuanto por mes?
Incapacidad Del seguro Social	Si	No	_____
			Encaso que Si, Cuanto por mes?
Pencion	Si	No	_____
			Encaso que Si, Cuanto por mes?
Estampillas De alimentos	Si	No	_____
			Encaso que Si, Cuanto por mes?

Si está desempleado y contestó NO a cualquiera de estas preguntas, ¿cómo satisface sus necesidades cotidianas?

VI. Usted actualmente tiene Seguro Medico? Yes No

En caso Que Si, Porfavor Liste el nombre de Seguro Medico y el numero de Identidad del suscriptor. ?

Declaro que mi estado financiero está listado arriba. Me doy cuenta de que Los Servicios de Salud de Heartland está utilizando los dólares de los impuestos federales para ayudarme a recibir la atención médica necesaria. Entiendo que cualquier declaración falsa de la información con respecto a mis ingresos se considera un fraude contra el Gobierno de los Estados Unidos.

No deseo revelar mis ingresos. No estoy interesado en recibir descuentos.

Firma del paciente o tutor

Firma del HHS Empleado

Fecha

Fecha

ABN: _____

Uso de La Oficina:

Family Size: _____

MRN _____

Monthly Income: _____

Sliding Fee Percentage: _____

Approved Date: _____

Approved By: _____

Medicaid Yes No

Reviewed By: _____