



## Información del programa de tarifa móvil

Gracias por elegir Infinity Health. Parte de la misión de Infinity Health es brindar servicios de calidad para usted y su familia. Al hacerlo, Infinity Health ofrece un ajuste móvil de tarifas para pacientes y miembros de su familia (como se define a continuación) que se encuentran por debajo del 200 % de las pautas de pobreza establecidas por el gobierno federal. Los niveles de ingresos se basan en el ingreso total de la "familia", la familia se define a continuación. El monto del descuento y los rangos de ingresos para esos descuentos son establecidos por la Junta Directiva de Infinity Health y aprobados por el Gobierno Federal. Las pautas de ingresos se revisan anualmente. Los descuentos actuales y las pautas de ingresos están disponibles en todos los sitios de Infinity Health.

La solicitud de tarifa móvil cubrirá todos los servicios médicos, conductuales y dentales médicamente necesarios. Los costos de los procedimientos, laboratorios, pruebas y visitas al proveedor que se consideren médicamente necesarios calificarán para el descuento de tarifa variable. Los costos de los procedimientos, laboratorios, pruebas y visitas al proveedor que se consideren opcionales, cosméticos o experimentales serán responsabilidad del paciente que solicita los servicios al 100% de la tarifa regular cobrada. Incluso si los servicios son ordenados por un proveedor, no significa necesariamente que sean médicamente necesarios.

### **DEFINICIONES**

**Familia**– Una familia se refiere a aquellas personas dentro del mismo hogar (incluidos sus dependientes/pareja) que solicitan el descuento de la tarifa variable utilizando sus ingresos combinados. Si se reclama a una persona como dependiente en la declaración de impuestos, debe incluirse en el tamaño de la familia.

Ejemplos:

- Dos personas no emparentadas que viven en el mismo hogar, cada una de las cuales paga su propio alquiler, servicios públicos y gastos: Aplicar por separado; enumere solo sus propios ingresos.
- Hogar mixto, padres, hijos y abuelos. Todos los adultos contribuyen para pagar los gastos de todo el hogar, enumere todos los nombres y todos los ingresos.
- Hijo adulto que vive con los padres, el hijo paga el alquiler y todos sus propios gastos. Solicite por separado para niños/padres y cada uno enumere solo sus propios ingresos.
- Hijo adulto que vive con los padres, hijo adulto no paga facturas. Solicitud conjunta, enumere todos los ingresos.

**Individual**– Un individuo es una persona de 18 años o más que tiene ingresos comprobables utilizando la lista a continuación (\*) y no tiene otro garante que no sea él mismo.

### **VERIFICACIÓN DE INGRESOS**

Los ingresos se verifican una vez al año. Si un paciente tiene un cambio en sus ingresos, es su responsabilidad notificar a INFINITY HEALTH de ese cambio. INFINITY HEALTH se reserva el derecho de verificar los ingresos con un empleador en cualquier momento. (\*) Los pacientes deben proporcionar al menos uno de los siguientes elementos como verificación de ingresos.



an iowahealth+ partner

- Declaración de impuestos federales del año anterior
- Recibos de pago actuales (últimas 4 semanas, si es posible)
- Notificación de despido del último empleador
- Declaraciones del Seguro Social
- Información actual de la oficina de desempleo
- Talones de pago del desempleo (últimos 4, si es posible)
- W2 más reciente

### Información adicional sobre ingresos:

Si no estaba obligado a presentar la declaración de impuestos sobre la renta del año anterior, o si recibe cualquiera de los siguientes tipos de ingresos, debe presentar documentación que muestre las cantidades de cada uno recibido por cualquier miembro del hogar.

- Manutención de los hijos
- Asistencia de Bienestar
- Seguridad Social
- Desempleo
- Ingresos de trabajo por cuenta propia
- Pensión alimenticia
- Ingreso de jubilación
- Compensación del trabajador
- Ingreso por discapacidad
- Premios de becas/subvenciones (para gastos no educativos)
- Cualquier otro ingreso

### TARIFAS ELEGIBLES

- Los servicios médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, dentales y de la vista que se brindan en Infinity Health son elegibles para los descuentos de tarifas variables.
- Los cargos anteriores, las evaluaciones OWI, los procedimientos electivos y los servicios externos **NO SON ELEGIBLES** para un descuento de tarifa variable.
- Los deducibles que excedan los \$1,000.00 SON elegibles para descuentos de tarifas variables.

### CARGA MÍNIMA

Hay un cargo mínimo para todas las visitas con tarifa variable según lo aprobado por la Junta Directiva de Infinity Health. El cargo mínimo DEBE pagarse en el momento del servicio, independientemente de la cobertura del seguro.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

- Se requiere el pago cuando se prestan los servicios.
- La puntualidad en completar esta solicitud es importante. Su solicitud para el descuento de la tarifa móvil no se aprobará hasta que se reciba la documentación completa. Si su diapositiva se devuelve sin verificación de ingresos, se le notificará por correo que debe recibir la verificación de ingresos dentro de los 30 días para finalizar la solicitud.



an iowahealth+ partner

- Hasta que se le apruebe un descuento de tarifa móvil, será responsable de los cargos totales asociados con los servicios que reciba de Infinity Health, a menos que cualquier monto esté cubierto por otras fuentes de terceros. Una vez que la solicitud esté completa, devuélvala a la oficina donde recibe los servicios. Si tiene alguna pregunta, el personal de la oficina en la que recibe los servicios lo ayudará.
- Si se aprueba para el Programa de tarifa variable, su participación comenzará 30 días antes de la fecha en que se devolvió la solicitud a la oficina de Infinity Health.
- Todas las secciones de la solicitud deben ser completadas.

**Gracias por elegir Infinity Health para sus necesidades de atención médica.**



an iowahealth+ partner

### Solicitud del programa de tarifa variable

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguridad social. \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ trabajo no. \_\_\_\_\_ Número de emergencia \_\_\_\_\_

Estado Civil del Paciente: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Empleador / Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del empleado \_\_\_\_\_

#### Información familiar

Número de personas en su hogar (debe enumerarse a continuación)

Ingreso bruto anual (todos los miembros adultos del hogar) \$ \_\_\_\_\_

#### Información del seguro

¿Tienes algún otro seguro? Sí No Si es así, de qué tipo \_\_\_\_\_

¿Es usted elegible para Medicaid? Sí No ¿Ha solicitado? sí No

¿Le gustaría obtener más información o ayuda para aplicar? sí No

#### Cabeza de familia (o parte económicamente responsable):

Nombre Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de seguridad social. \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DE LA FAMILIA:**(Si necesita espacio adicional, agréguelo al reverso de la página)

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relación</u>	<u>Ingreso bruto anual (solo adultos)</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**SÓLO PARA USO DE OFICINA:**

Verificación de la fuente de ingresos:

Fecha de verificación:

Verificada por:



an iowahealth+ partner

**INGRESO:**

	<u>Mensual actual</u>	<u>Total de los últimos 12 meses</u>
Salario o trabajo por cuenta propia	ps _____	ps _____
Seguridad Social / Asistencia Pública	ps _____	ps _____
Desempleo / Compensación al Trabajador	ps _____	ps _____
Pensión alimenticia o manutención de los hijos	ps _____	ps _____
Pensiones / Renta de Jubilación	ps _____	ps _____
Asistencia de Bienestar	ps _____	ps _____
Ingreso por discapacidad	ps _____	ps _____
Cualquier otro ingreso	ps _____	ps _____

**Declaro bajo pena de perjurio, según las leyes del estado de Iowa, que todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y los documentos adjuntos son verdaderas y correctas, con pleno conocimiento de que todas las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a investigación y que cualquier declaración falsa o La respuesta deshonest a cualquier pregunta puede ser motivo de denegación de la solicitud.**

**He leído la Solicitud de tarifa móvil y entiendo que el pago vence en el momento del servicio. Si la documentación de verificación de ingresos no se entrega a INFINITY HEALTH dentro de los 30 días de esta solicitud, la solicitud ya no será válida y debo volver a presentar la solicitud.**

***Solicitante:***

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

***Personal (cuando la solicitud completa se entregó a la oficina):***

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Sólo para uso de oficina:**

Califica para: \_\_\_\_\_ %Descuento      Inelegible

Fecha de Determinación: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que toma la determinación de elegibilidad: \_\_\_\_\_