



an iowahealth⁺ partner

Información sobre el Programa de Descuento por Tarifas Móviles

Nombre completo del solicitante (Nombre, MI, Apellido)	Fecha de nacimiento
---	----------------------------

¡Gracias por elegir Infinity Health!

Nuestra misión es ofrecer una atención de alta calidad para ti y tu familia. Para ayudar a que nuestros servicios sean accesibles, ofrecemos un **Programa de Descuento por Tarifas Móviles (SDFP)** para pacientes y sus familias cuyos ingresos estén en el 200% o por debajo **del 200% de las Directrices Federales de Pobreza**.

La elegibilidad se basa en el total de ingresos familiares, según se define a continuación. Los importes de descuento y los rangos de ingresos son determinados por la Junta Directiva de Infinity Health y actualizados anualmente cuando cambian las Directrices Federales de Pobreza. Los detalles actuales de descuentos y las directrices de ingresos están disponibles en todas las tiendas de Infinity Health.

El SDFP se aplica a **los servicios profesionales**. Los suministros se proporcionarán a coste **más margen** y se compartirán contigo antes de que se realicen los servicios.

CONSULTA AQUÍ SOLO SI NO QUIERES SOLICITAR EL DESCUENTO DE ESCALA MÓVIL

Me han dado la oportunidad de solicitar el programa de descuento en tarifas móviles de Infinity Health Services. NO DESEO solicitar un descuento en este momento.

Firma del paciente o aval	Fecha
----------------------------------	--------------

¿Interesado en nuestro programa de descuento por tarifas móviles?

Si desea solicitar, por favor complete los formularios en las siguientes páginas.

Las preguntas están diseñadas para ayudarnos a entender las necesidades de tu familia y así poder ofrecer la mejor atención posible, ya sea médica, dental, salud mental o servicios farmacéuticos.

- **Si tienes seguro**, podrías optar a copagos o franquicias con descuento.
- **Si no tienes seguro**, podrías optar a tarifas reducidas por servicios.

Tu información **nunca** se utilizará para negar o retener el cuidado. Simplemente es para asegurarnos de que podemos ofrecerte el nivel adecuado de apoyo.

Infinity Health define los ingresos de la siguiente manera y requiere documentación de respaldo según se detalla a continuación:

Tipo de ingreso	Documentación de apoyo
Salarios por empleo	<ul style="list-style-type: none">• Las últimas 4 semanas de recibos de nómina O• Formulario W-2 más reciente OR• Estado de ingresos del empleador
Ingresos por trabajo autónomo	<ul style="list-style-type: none">• Estados financieros empresariales O• Estados de cuenta
Manutención de los hijos/pensión alimenticia	<ul style="list-style-type: none">• Declaraciones judiciales O• Registros de depósito/extractos bancarios
Beneficios de la Seguridad Social u otros programas gubernamentales	<ul style="list-style-type: none">• Documentación de la asistencia social• Talones de pago por discapacidad• Extractos de la seguridad social o talones de nómina
Pensiones/Ingresos de Jubilación	<ul style="list-style-type: none">• Talones de cheques de pensión O• Estado de cuenta anual de beneficios OR 1099-R
Compensación por Trabajadores	<ul style="list-style-type: none">• Carta de concesiones o acuerdo• Nóminas
*El ingreso bruto ajustado (AGI) de la declaración de la renta federal puede utilizarse para verificar todos los tipos de ingresos mencionados	<ul style="list-style-type: none">• Páginas 1 y 2 de la declaración del Impuesto sobre la Renta Federal del año más reciente (Formulario 1040)

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Todas las secciones de la solicitud deben completarse.
- La cantidad recaudada por la visita de un paciente menor se basará en la elegibilidad del paciente menor según la solicitud para la que esté incluido para el SFDP, independientemente de quién se presente con el paciente.
Ejemplo: Un menor menor es traído para una visita por alguien que no es el solicitante del SFDP.
- Los ingresos se verifican una vez al año. Si un paciente sufre un cambio en sus ingresos, es su responsabilidad notificar a INFINITY HEALTH ese cambio.

IMPORTANTE:

- Para recibir el Descuento por Tasa Móvil, debes devolver la solicitud completada con los documentos de verificación de ingresos dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud. Las autodeclaraciones de ingresos DEBEN ser firmadas por todos los adultos del hogar. Si no recibimos la documentación en un plazo de 30 días, la solicitud será cancelada y no se aplicará ningún descuento.

Solo para uso en oficina:

Elegibilidad: Ingresos anuales de documentos de verificación \$ _____ Nivel aprobado de diapositivas (círculo) A
 B C D NQ

Firma de la persona que realiza la determinación de elegibilidad: _____

Fecha _____

Solicitud del Programa de Tarifa Variable

Nombre del paciente (solicitante) _____ Fecha de hoy _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____

Estado_____ Condado_____ Código postal_____ Teléfono_____

Fecha de nacimiento _____ Nº de la Seguridad Social (Opcional) _____

Estado civil del solicitante (opcional): Soltero, casado, separado, viudo, divorciado

Ocupación _____

Consulta aquí si estás en paro

□ Consulta aquí si estás jubilado

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Por favor, incluye a ti, a tu cónyuge/pareja y a todos los dependientes que reciban el 50% o más de su apoyo del jefe de familia. Si necesitas espacio adicional, por favor utiliza la parte trasera de la página.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por favor, introduzca sus ingresos brutos (la cantidad en dólares recibida antes de que se descontén los impuestos) en la tabla siguiente. Los ingresos del hogar incluyen todos los ingresos generados por todos los mayores de 18 años en el hogar. Si no hay ingresos, por favor escribe "ninguno".

Tipo de ingresos	Nombre de la persona que recibe ingresos #1	Nombre de la persona que recibe ingresos #2	Nombre de la persona que recibe ingresos #3	<u>¿Con qué frecuencia recibes estos ingresos?</u>
Salarios por empleo	\$	\$	\$	___ Weekly ___ Bi-Semanal ___ Mensual ___ Other:_____
Ingresos por Trabajo Independiente	\$	\$	\$	___ Weekly ___ Bi-Semanal ___ Mensual ___ Other:_____
Manutención de los hijos/pensión alimenticia	\$	\$	\$	___ Weekly ___ Bi-Semanal ___ Mensual ___ Other:_____
Programas de la Seguridad Social u otros Gobiernos	\$	\$	\$	___ Weekly ___ Bi-Semanal ___ Mensual ___ Other:_____
Pensiones/Ingresos de jubilación	\$	\$	\$	___ Weekly ___ Bi-Semanal ___ Mensual ___ Other:_____
Compensación laboral	\$	\$	\$	___ Weekly ___ Bi-Semanal ___ Mensual ___ Other:_____

- Devolveré copias de los 1099, W-2 o extractos que respalden los ingresos mencionados anteriormente
- Voy a devolver una copia de mi declaración de la renta completada del año anterior en lugar de los extractos individuales de los ingresos mencionados anteriormente
- No puedo proporcionar documentación de respaldo de los ingresos mencionados anteriormente y deseo utilizar este formulario como autodeclaración de ingresos; atestiguo la exactitud de la información anterior firmando a continuación.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo:

- Si no se entrega la documentación de verificación de ingresos a Infinity Health en un plazo de 30 días desde esta solicitud, la solicitud dejará de ser válida y tendré que volver a solicitarla.
- Si proporciono información falsa, seré descalificado del programa y todos los cargos deberán ser pagados en su totalidad de inmediato.

Al firmar este formulario, certifico, bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Iowa, que la información anterior es verdadera y correcta, y asumo la responsabilidad de contactar con Infinity Health en caso de que ocurra algún cambio en mi situación financiera o de seguros.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Persona adulta que genera ingresos #2 (si se autocertifica) _____ Fecha _____

Persona adulta con ingresos #3 (si se autocertifica) _____ Fecha _____