

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha: _____ Nombre del cliente: _____ MRN: _____

(Las ubicaciones de FQHC completan la Parte A; las ubicaciones de CMHC completan las Partes A y B)

PARTE A - FQHC

Documentos para verificar el ingreso anual del hogar:

- ___ 2 talones de cheques de pago más recientes
- ___ Formulario W-2
- ___ Declaración de impuestos
- ___ Cupones para alimentos/AFDC
- ___ Elegibilidad para la tira de escaneo de Medicaid
- ___ Otro _____

PARTE B - CMHC

Documentos para verificar residencia:

- ___ Licencia de conducir de Indiana o identificación
- ___ Talones de cheques de pago con la dirección correcta
- ___ 2 facturas de servicios públicos vigentes en la dirección
- ___ Tarjeta de cupones para alimentos/AFDC
- ___ Elegibilidad para la tira de escaneo de Medicaid
- ___ Otro _____

Por favor marque uno: Medicare/Asegurado/No asegurado

___ A los clientes de la ubicación FQHC se les facturará la tarifa completa o su tarifa nominal. (Ir a la Parte C)

___ Los clientes exclusivos de CMHC serán financieramente responsables de todos los deducibles y copagos como

indicado por el tercer pagador. (Vaya a la Parte C)

___ Derechos de AFDC/Medicaid: (Ir a la Parte C)

___ El cliente rechaza la asistencia financiera de LifeSpring: tarifa completa por todos los servicios, sin descuento

Determinación de asistencia financiera

Tamaño del hogar: _____ Ingresos del hogar: _____ Por : Semana / Mes / Año
(por favor marque)

Personal de LifeSpring Encierre en un círculo la tarifa nominal correcta: \$50.00 \$40.00 \$30.00 \$20.00 \$5.00

PARTE C. TODAS LAS PARTES PAGADORAS RESPONSABLES DEBEN LEER E INICIAR CADA UNO A CONTINUACIÓN:

___ Entiendo que el pago de mi servicio vence en el momento en que se prestan los servicios. **La tarifa máxima por servicios clínicos y médicos para personas elegibles para la escala de descuento de tarifa móvil es de \$50.00 y la tarifa mínima es de \$5.00 como máximo. *Si no califico para la tarifa nominal según el Programa de descuento de tarifas variables (rechazado, rechazado o por encima del 200% de la pobreza), mi tarifa será por el costo total de los servicios.**

___ Entiendo que me pueden derivar a un grupo y, si no soy beneficiario de Medicaid MRO, seré responsable de un pago de \$5 por CADA grupo al que asisto. Entiendo que el pago de \$5 deberá realizarse antes de ingresar al grupo.

___ Todos los beneficios de terceros (seguro, Medicaid Parte B u otros) se asignan a LifeSpring

___ Entiendo que este acuerdo financiero finalizará en 6 meses el _____.

Si la información de ingresos proporcionada se subestima intencionalmente para aumentar el monto de la reducción de la tarifa, se perderá toda la asistencia financiera y se cobrará el costo total de todos los servicios.

Con mi firma doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del Cliente/Tutor

Parte Responsable/Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal

Personal de LifeSpring/Firma/RU

Fecha: _____
