

RURAL HEALTH, INC.

SOLICITUD DE DESCUENTO DE CUOTA CORREDIZA

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Seguro médico del estado: Y/N Medicaid: Y/N Seguro: Y/N

Casado: Y/N Número total de miembros del hogar: \_\_\_\_\_ (Liste todo abajo)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Por favor incluya información para TODOS los individuos empleados en el hogar. (Auto, cónyuge, hijos, otro) Por favor adjunte página (s) adicional (s) si es necesario.

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

\*\*\* Mensual \_\_\_ (una vez) / Quincenal \_\_\_ (cada dos semanas) / Bimestral \_\_\_ (dos veces al mes) / Semanal \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Pago bruto mensual: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

\*\*\* Mensual \_\_\_ (una vez) / Quincenal \_\_\_ (cada dos semanas) / Bimestral \_\_\_ (dos veces al mes) / Semanal \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Pago bruto mensual: \_\_\_\_\_

Otros Ingresos (incluye seguro social, desempleo, pensiones, pensión alimenticia, cupones de alimentos, otras ayudas, etc.)

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Al firmar esta solicitud, entiendo y acepto lo siguiente:

- Debo proporcionar a Rural Health, inc. Con la verificación de todos los ingresos del hogar que abarcan los últimos 30 días. (El descuento puede no ser aprobado hasta que se reciba toda la verificación del ingreso familiar.) Talones de pago, declaraciones de impuestos, etc.)
- Los empleadores mencionados arriba pueden ser contactados para verificar la información de ingresos;
- Debo notificar inmediatamente a Rural Health, Inc. cualquier cambio en la situación financiera de mi familia;
- Si es aplicable, este descuento se aplicará solamente a la cantidad adeudada después de que mi seguro pague la cantidad por la cual estoy cubierto.
- Algunos procedimientos o servicios pueden no estar cubiertos por este descuento..

HAY un cargo mínimo de \$ 10.00 por cada fecha de servicio, independientemente del descuento asignado.

Juro / afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma el aplicante: \_\_\_\_\_ El día de hoy: \_\_\_\_\_

SÓLO USO DE OFICINA: Total de ingresos familiares anuales: \_\_\_\_\_ Autorizado por: \_\_\_\_\_  
Descuento Asignado: \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_ Revisado por: \_\_\_\_\_  
Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_ Auditoría interna completa: \_\_\_\_\_

CUENTA: \_\_\_\_\_

## **Política general:**

**Rural Health, Inc.** ofrece una tarifa de descuento para todos los pacientes que no cuentan con seguro o con seguro insuficiente. Los cargos se descontarán según la capacidad de pago del paciente. (Sujeto a elegibilidad).

Esta escala móvil de descuento se basa en la emisión más reciente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de las Directrices de Pobreza Federal. Estos números se emiten anualmente y nuestra Escala de Descuento de Tarifas Corrientes se actualiza en consecuencia.

Usted no necesita estar sin seguro para recibir un Descuento por Tarifa Corriente. Si está asegurado y cumple con los requisitos de elegibilidad, se aplicará el descuento de tarifa móvil después de que se hayan recibido y contabilizado todos los pagos del seguro en su cuenta.

## **Elegibilidad:**

La elegibilidad para el Descuento de Tarifa Corriente está determinada por el ingreso anual del hogar y el tamaño de la familia o el hogar.

## **Aplicar:**

Por favor, pregunte a su recepcionista para una aplicación de descuento de tarifa móvil.

Complete la solicitud en su totalidad.

Adjunte el comprobante de ingresos más reciente (el Comprobante de ingresos aceptable se enumera a continuación).

Vuelva a su recepcionista

## **Completar una solicitud:**

La siguiente información es requerida en todas las Aplicaciones de Descuento por Descuento:

Nombre del solicitante (Nombre y Apellido)  
Fecha de Nacimiento del Solicitante  
Dirección  
Número de teléfono actual  
Número total de miembros del hogar  
Seguro / Medicare / Medicaid (Tarjeta Médica) / Comercial  
Información de los miembros del hogar  
Información del empleador para el solicitante / cabeza de familia /  
cónyuge (si corresponde)  
Prueba de ingreso  
Otras fuentes de ingresos, si procede

**NOTA: No se aceptarán las solicitudes incompletas o las pruebas de ingresos que falten.**

## **Prueba de ingreso aceptable:**

La prueba de ingresos que cubra los 30 días más recientes debe ser incluida en la aplicación de descuento de tarifa móvil.

<b>Declaraciones de impuestos sobre la renta presentadas más recientes</b>	<b>1099 Formulario</b>
<b>Carta del empleo en el membrete de la empresa</b>	<b>Pensión alimenticia</b>
<b>Talones de pago del mes más reciente (30 días), incluidas las propinas</b>	<b>Beneficios Militares</b>
<b>Carta de Beneficio del Desempl</b>	<b>Formulario W-2</b>
<b>Seguro Social / Discapacidad / Jubilación o Veteranos, Carta de Beneficios</b>	<b>Otro</b>

## Sliding Fee Discount Información para el paciente

### Sin ingresos:

Los solicitantes que indiquen que ellos y otros miembros del hogar, 19 y mayores, no reciben ingresos deben completar el Formulario de auto declaración de ausencia de ingresos de Rural Health, Inc. e incluirlo con la Solicitud de descuento de tarifa móvil completa. (Apéndice C)

Los solicitantes que indiquen que ellos y otros miembros de su hogar están viviendo con otros amigos o familiares, deben proporcionar una carta escrita por la persona en cuya casa se encuentran, en cuanto a la exactitud de dicha información.

La carta también debe incluir al amigo o miembros de la familia:

Nombre  
Dirección  
Número de teléfono  
Firma Pesonal

### Descuentos asignados:

Después de la aprobación de un Descuento por Tarifa Corriente, los siguientes descuentos se aplicarán a todas las visitas aplicables de Rural Health, Inc.

- Mire el Apéndice A adjunto

En el caso de que el saldo restante después de que todos los pagos de seguro hayan sido recibidos y contabilizados sea menor que el monto de pago por responsabilidad del paciente categorizado; No se aplicará ningún descuento adicional a esa fecha de servicio.

### Renuncia:

Una vez que se haya procesado la solicitud de descuento de tarifa móvil y se haya aprobado un descuento, el descuento permanecerá vigente durante un año. Al vencimiento, el solicitante debe completar una nueva solicitud y proporcionar nueva o más reciente prueba de ingresos. Esto es necesario incluso si no ha cambiado nada en el período de descuento caducado. Es inaceptable escribir "Igual que el año anterior" o "Sin cambios" en una nueva aplicación de descuento para gastos corrientes.

### Suministros y servicios no cubiertos:

Los siguientes servicios y / o suministros NO están cubiertos por el programa de descuentos.

#### Servicios médicos

Pruebas de drogas  
(por política de sustancias controladas)

#### Suministros médicos

Pesarios

#### Servicios dentales

Puentes  
Ajustes Oclusales

#### Suministros dentales

Blanqueo  
Guardias Oclusales  
(mordidas / protectores bucales)

### Acquisition Fees:

- Suministros: DIU anticonceptivo, Nexplanon: el paciente paga el costo de adquisición  
Servicios: Inyección; Vacunas: el paciente paga el costo de adquisición

**RURAL HEALTH, INC.**

**Programa de Asistencia para Tarifas Escaladas - Tarifas Nominales y Niveles de Descuento**

La Junta directiva de Administración ha aprobado los siguientes niveles de descuento:

<b>Porcentaje de Pobreza</b>	<b>1-100%</b>	<b>101 a 125%</b>	<b>126 a 150%</b>	<b>151 a 175%</b>	<b>176 a 200%</b>	<b>Mas de 200%</b>
<b>Responsabilidad de los pacientes</b>	<b>Nivel A</b>	<b>Nivel B1</b>	<b>Nivel B2</b>	<b>Nivel B3</b>	<b>Nivel B4</b>	<b>Nivel C</b>
<b>Servicios Profesionales Médicos</b> Medicina Familiar, OB / GYN, Medicina Interna, Salud del Comportamiento, Dietética	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	100% de los cargos
<b>Asesoramiento de Servicios de Salud Mental - LCSW</b> Asesoramiento individual, asesoramiento grupal (por persona)	\$5	\$8	\$10	\$12	\$14	100% de los cargos
<b>Servicios Dentales Preventivo</b> Examen, mordida, radiografía, profilaxis para adultos, consulta	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40	100% de los cargos
<b>Preventative - Otros</b> Perio maintenance, full mouth debridement, root plane and scaling (per quadrant)	\$40	\$45	\$50	\$55	\$60	100% de los cargos
<b>Menor (por diente)</b> Amalgama, resina, relleno, poste y núcleo, extracción, construir más	\$40	\$45	\$50	\$55	\$60	100% de los cargos
<b>Mayor (por diente)</b> Corona, terapia de canal de raíz	\$350	\$360	\$370	\$380	\$390	100% de los cargos
<b>Sólo procedimiento / Ultrasonido solamente</b>	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	100% de los cargos
<b>Laboratorio de terceros (Quest) (excluyendo la Prueba de drogas por la Política de Substancia Controlada, paciente facturado por Quest)</b>	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	Tasa Completa de Quest; Paciente facturado por Quest
<b>Costo de suministro:</b> DIU anticonceptivo, Nexplanon, inyecciones: Vacunas	Coste de adquisición	100% de los cargos				
Servicios Sociales / Habilitantes por Administrador de Casos, Asistente de Gerente de Casos, Personal de Extensión, Personal de Educación en Salud	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

RURAL HEALTH, INC.

Escala de tarifas 2024

Al 12 de enero de 2024

NIVEL DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS Y EL TAMAÑO DE LA FAMILIA

APÉNDICE A

	Nivel A		Nivel B1		Nivel B2		Nivel B3		Nivel B4		Nivel C
FAMILIA	<100% DE		<125% DE		<150% DE		<175% DE		<200% DE		>200% DE
TAMAÑO	NIVEL DE POBREZA		NIVEL DE POBREZA		NIVEL DE POBREZA		NIVEL DE POBREZA		NIVEL DE POBREZA		NIVEL DE POBREZA
	1-100%		101 to 125%		126 to 150%		151 to 175%		176 to 200%		Over 200%
1	0 -	15,060	15,060.01	18,825.00	18,825.01	22,590.00	22,590.01	26,355.00	26,355.01	30,120.00	30,120.01
2	0 -	20,440	20,440.01	25,550.00	25,550.01	30,660.00	30,660.01	35,770.00	35,770.01	40,880.00	40,880.01 y más
3	0 -	25,820	25,820.01	32,275.00	32,275.01	38,730.00	38,730.01	45,185.00	45,185.01	51,640.00	51,640.01 y más
4	0 -	31,200	31,200.01	39,000.00	39,000.01	46,800.00	46,800.01	54,600.00	54,600.01	62,400.00	62,400.01 y más
5	0 -	36,580	36,580.01	45,725.00	45,725.01	54,870.00	54,870.01	64,015.00	64,015.01	73,160.00	73,160.01 y más
6	0 -	41,960	41,960.01	52,450.00	52,450.01	62,940.00	62,940.01	73,430.00	73,430.01	83,920.00	83,920.01 y más
7	0 -	47,340	47,340.01	59,175.00	59,175.01	71,010.00	71,010.01	82,845.00	82,845.01	94,680.00	94,680.01 y más
8	0 -	52,720	52,720.01	65,900.00	65,900.01	79,080.00	79,080.01	92,260.00	92,260.01	105,440.00	105,440.01 y más
Para tamaños de familia mayores de 8, agregue al límite superior, para cada miembro adicional de la familia:											
9+		5,380.00	5,380.01 to 6,725.00		6,725.01 to 8,070.00		8,070.01 to 9,415.00		9,415.01 to 10,760.00		10,760.01 y más
<b>El paciente es responsable de pagar los servicios de acuerdo con el Apéndice A</b>											

2024 Directrices federales sobre la pobreza



# **RURAL HEALTH, Inc.**

*We specialize in you*

Rural Health, Inc.  
Anna Medical Clinic/  
Administration  
513 North Main  
Anna IL 62906-1668  
P: 618-833-4471  
F: 618-833-4900

Rural Health, Inc.  
Dongola Medical Clinic  
318 U.S. Highway 51 North  
Dongola IL 62926-0277  
P: 618-827-3545  
F: 618-827-2300

Rural Health, Inc.  
Goreville Medical Clinic  
211 N. Broadway  
Goreville, IL 62939-2323  
P: 618-995-1002  
F: 618-995-0204

Rural Health, Inc.  
Metropolis Medical Clinic  
1003 E. 5<sup>th</sup> Street  
Metropolis, IL 62960-2311  
P: 618-524-7499  
F: 618-524-4560

Rural Health, Inc.  
Vienna Medical Clinic  
803 North 1<sup>st</sup> Street  
Vienna IL 62995-1544  
P: 618-658-2811  
F: 618-771-8300

[www.ruralhealthinc.org](http://www.ruralhealthinc.org)

## **Declaración De Ningun Formulario De ingresos**

Yo, (solicitante) \_\_\_\_\_, Declaro bajo pena de perjurio que actualmente estoy desempleado y no recibo ingresos de ninguna fuente, incluyendo; Desempleo, discapacidad, SSI, pensiones, otros ingresos familiares o familiares.

Declaro que la información mencionada anteriormente es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que cualquier tergiversación puede ser motivo para la terminación de mi descuento familiar.

Estoy de acuerdo en que si mi estado de ingresos cambia de alguna manera, notificaré inmediatamente a Rural Health, Inc. en el momento en que se me requerirá completar una nueva solicitud de descuentos y proporcionar evidencia de los ingresos de mi hogar.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rural Health, Inc. Personal

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_