

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.

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

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:

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

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. 5th Street
Metropolis, IL 62960-2311
P: 618-524-7499
F: 618-524-4560

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

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: _____