



Programa de Escala de Tarifa Móvil

¿Por qué debo presentar la solicitud?

Es posible que reúna los requisitos para pagar una tarifa reducida de visita cuando consulte con un proveedor en Star Community Health.

¿Cuánto costará? Solicitar el programa no tiene costo. Las tarifas de visita varían de \$10 a \$30 por visita, según el tamaño de su grupo familiar y sus ingresos. También puede reunir los requisitos para una tarifa mínima de \$10 por servicios odontológicos o cargos reducidos por dichos servicios.

¿Qué se cubre?

Este programa cubre los servicios de atención médica suministrados por Star Community Health, pero no cubre las visitas al hospital ni a otros prestadores de atención médica. Debe presentar la solicitud en dichos lugares para participar en sus programas. De acuerdo con las pautas federales, Star Community Health debe actualizar anualmente el programa de escala de tarifa móvil, según los cambios realizados en los niveles de ingresos que marcan la línea de pobreza federal. Esto se lleva a cabo el 1.º de mayo de cada año. Por lo tanto, el programa para el que reúna los requisitos puede cambiar en ese momento.

¿Cómo presento la solicitud?

Complete la solicitud. Asegúrese de brindar la información respecto de todos los miembros de su grupo familiar. Acérquenos o envíenos los comprobantes de ingresos de todas sus fuentes de ingresos. Si no está seguro de lo que eso significa, hay una lista de lo que necesitamos para cada tipo de ingreso en la lista de comprobación de la solicitud.

¿Esto significa que tengo un seguro y no tendré que pagar una multa sobre mis impuestos?

No. Este programa no se considera una cobertura de seguro de salud para los fines impositivos.

¿Puedo usar este programa si tengo un seguro de salud?

Sí. Si reúne los requisitos en función de la cantidad de miembros de su grupo familiar y de los ingresos, y su seguro de salud tiene deducibles o copagos altos, aún puede usar este programa para disminuir los gastos de atención médica. Este es un programa de descuentos para servicios en Star Community Health.

¿Qué puede hacer el Mercado de la Atención Médica por usted?

Se encuentran disponibles nuevas opciones de cobertura de seguro de salud a través del Mercado Federal.

Se encuentran disponibles planes de bajo costo y gratuitos, además de ayuda financiera, según cuánto dinero gane.

No se le puede negar a nadie la cobertura a causa de una enfermedad preexistente.

Puede ser elegible fuera de la inscripción abierta si se produce un cambio en su vida, por ejemplo, si contrae matrimonio, se muda o nace un hijo, o si no tiene el seguro de salud porque perdió su trabajo o dejó de tener la cobertura de Pennsylvania Medicaid.

¡Podemos ayudarlo! Llame al Consultorio de su Médico de Cabecera y pida la Solicitud para la Tarifa Móvil.



Programa de Escala de Tarifa Móvil
Pautas de los Ingresos

Programa de Descuentos de Tarifa Móvil de Servicios Médicos/Odontológicos

Umbrales de Ingresos Anuales por Clase de Pago de Descuento de Tarifa Móvil y Pobreza en Porcentaje					
Niveles de Ingresos que Marcan la Línea de Pobreza Federal	0% - 100%	101% - 125%	126% - 150%	151% - 200%	201% & Terminado
Tamaño de la Familia					
1	\$13,590	\$16,988	\$20,385	\$23,783	\$27,180
2	\$18,310	\$22,888	\$27,465	\$32,043	\$36,620
3	\$23,030	\$28,788	\$34,545	\$40,303	\$46,060
4	\$27,750	\$34,688	\$41,625	\$48,563	\$55,500
5	\$32,470	\$40,588	\$48,705	\$56,823	\$64,940
6	\$37,190	\$46,488	\$55,785	\$65,083	\$74,380
7	\$41,910	\$52,388	\$62,865	\$73,343	\$83,820
8	\$46,630	\$58,288	\$69,945	\$81,603	\$93,260
Por cada persona adicional, agregue \$4,720					
Pagos del Paciente					
Clínica Médica	\$10	\$15	\$20	\$30	100% De Cargo
Dental - Cuidado de rutina	\$10	\$15	\$20	\$30	100% De Cargo
Dental - No de rutina (% de cargos * más el costo del laboratorio **)	10%	15%	20%	30%	100% De Cargo

*Consulte el Programa de Tarifas Dentales disponible en recepción o Asesor Financiero.

** Costo del laboratorio dental cobrados al 100% (No hay descuentos disponibles)



Programa de Escala de Tarifa Móvil

Solicitud

Página 1 de 3

- Se requiere una solicitud por separado para cada miembro del grupo familiar que desee participar en este programa, incluidos los niños menores de edad. Se requiere solo un conjunto de documentación de respaldo por grupo familiar.
- Debe completar todas las páginas del formulario de solicitud.
- Si necesita ayuda, llame al [Ingresar Número de Teléfono de FQHC] y solicite hablar con la Oficina de Asesores Financieros.

Apellido/Nombre:		Núm. de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Dirección Postal:		Ciudad:	Calle: Código postal:
Núm. de Teléfono:	Núm. de Teléfono para Recibir Mensajes (Recordatorios Designados):	¿Tiene Seguro de Salud? Sí No	
¿Ha solicitado Pennsylvania Medicaid durante el año pasado? Sí No No estoy seguro	Marque una Opción con un Círculo: Tengo PA Medicaid Me denegaron PA Medicaid No lo solicité	Si la respuesta es sí, indique la compañía aseguradora y el núm. de identificación del seguro:	

Star Community Health necesita hacerle preguntas personales a fin de determinar si es elegible para este programa. Esta información se conservará en los archivos con estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos cuando presenta la solicitud y, una vez al año, cuando se renueva su solicitud. Se requieren copias de su declaración fiscal de ingresos federal anual, de los talones de los cheques de la nómina que abarquen el mes pasado, de las declaraciones de beneficios del seguro social o de otras fuentes de ingresos. No podemos utilizar los extractos de cuentas bancarias para este fin. Se utilizarán sus ingresos anuales y el tamaño de su grupo familiar para determinar la tarifa de visita.

Declaro que la información anterior es verdadera y doy mi permiso a Star Community Health para investigar toda la información en esta solicitud.

Comprendo que:

- Mi información se conservará con estricta confidencialidad.
- Si se descubre que esta información es falsa, perderé mi elegibilidad para el programa y seré responsable de volver a pagar todo beneficio que haya recibido.
- Si cambian mis ingresos o el tamaño de mi grupo familiar, debo notificar al Departamento de Facturación tan pronto como sea posible.
- Esta solicitud se debe entregar antes de mi próxima cita o dentro de los 30 días, lo que ocurra primero, junto con los comprobantes de mis ingresos anuales, de lo contrario, vencerá esta solicitud.
- Puedo volver a presentar la solicitud para el programa en cualquier momento, pero las tarifas reducidas solo se aplicarán a partir de la fecha de la nueva solicitud.
- Si resulto elegible para las tarifas reducidas, pero no hago los pagos requeridos, mi cuenta se puede enviar a una empresa de cobro de deudas.

Por el presente, juro y testifico que toda la información anterior sobre mí es verdadera y correcta.

Firma del Paciente:	Fecha: / /
Firma del Padre/Tutor Legal:	Fecha: / /



Programa de Escala de Tarifa Móvil

Solicitud

Página 2 de 3

Solicitud firmada completa para cada solicitante, que incluya todos los miembros del grupo familiar y las fuentes de ingresos

Comprobante de ingresos para cada fuente de ingresos

Si tiene ingresos muy bajos o nulos, complete la "Hoja de Trabajo de Ingreso Cero"

Declaración fiscal federal más reciente si paga impuestos

GRUPO FAMILIAR: Enumere todos los nombres y las fechas de nacimiento de todos los miembros de su grupo familiar, incluido usted mismo.

*Si usted realiza la declaración de impuestos, su grupo familiar los incluye a usted, a su cónyuge y a todos los dependientes que declare en sus impuestos. *Si otra persona lo declara a usted como dependiente, su grupo familiar los incluye a usted, a la persona que lo declara como dependiente y a cualquier otra persona enumerada en su declaración fiscal. *Si usted no paga impuestos y no se lo declara como dependiente de ninguna otra persona, su grupo familiar los incluye a usted, a su cónyuge y a los hijos si viven con usted.

INGRESOS: Debe proporcionar el comprobante de ingresos para cada una de las siguientes fuentes de ingresos por cada miembro del grupo familiar, a fin de corroborar si reúne los requisitos. Tenga en cuenta que no podemos aceptar extractos de cuentas bancarias como comprobante de ingresos.

Empleado: Talones de pago correspondientes a las últimas cuatro semanas O declaración fiscal federal

Trabajo Autónomo e Ingresos por Rentas: Debe proporcionar una copia de su declaración fiscal federal más reciente

Declaración de beneficios actuales para:

Desempleo Seguro social TANF Indemnización del Trabajador
Discapacidad a largo o corto plazo Manutención de menores/Pensión alimenticia Jubilación o renta vitalicia

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingresos Brutos antes de los Impuestos y las Deducciones	Parentesco	Fuente de Ingresos con Comprobante Adjunto
			\$____,____.____	Sí mismo	
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		

Al firmar a continuación, declaro que los datos y la información enumerados anteriormente son precisos y verdaderos a mi leal saber y entender. También certifico que he incluido toda la documentación de respaldo para cada fuente de ingresos.

Firma del paciente:	Fecha: / /
Firma del padre/tutor legal:	Fecha: / /



Programa de Escala de Tarifa Móvil

Solicitud

Página 3 de 3

Todas las personas que le hayan brindado asistencia durante los últimos 3 meses (de forma monetaria o no monetaria) deben completar las siguientes tablas y firmar a continuación para verificar qué asistencia le han brindado.

- Si una persona le ha dado dinero para pagar los gastos a continuación, indique cuánto ha pagado y escriba su nombre en la casilla correspondiente.
- Si una persona le ha brindado alguno de los siguientes gastos de forma gratuita, marque "gratuito" y escriba su nombre en la casilla correspondiente.
- Cada persona que le haya brindado asistencia en los últimos 3 meses debe completar esta página.

Mes núm. 1	Mes de:		Mes núm. 2	Mes de:	
	¿Cantidad o gratuito?	Quién lo asistió		¿Cantidad o gratuito?	Quién lo asistió
Gastos de Vivienda			Gastos de Vivienda		
Servicios (agua/ desagüe/electricidad/ televisión por cable)			Servicios (agua/ desagüe/electricidad/ televisión por cable)		
Calefacción			Calefacción		
Gastos de Comidas			Gastos de Comidas		
Gastos de Transporte			Gastos de Transporte		
Gastos de Teléfono Celular/ Internet			Gastos de Teléfono Celular/ Internet		
Gastos Médicos			Gastos Médicos		
Otros Gastos			Otros Gastos		

Mes núm. 3	Mes de:	
	¿Cantidad o gratuito?	Quién lo asistió
Gastos de Vivienda		
Servicios (agua/desagüe/electricidad/ televisión por cable)		
Calefacción		
Gastos de Comidas		
Gastos de Transporte		
Gastos de Teléfono Celular/Internet		
Gastos Médicos		
Otros Gastos		

*Se debe completar este formulario en su totalidad; no podremos procesar su solicitud si deja partes en blanco. Si necesita brindarnos más información acerca de su situación específica, siéntase libre de adjuntar una carta o una declaración a esta hoja de trabajo. Si recibe asistencia de otras agencias, adjunte las copias de toda la asistencia que reciba.

Nombre en Letra de Imprenta y Firma, o Persona que le brindó la asistencia.

Nombre:	Fecha: / /
Firma:	Fecha / /

Por el presente, juro y testifico que toda la información anterior sobre mí es verdadera y correcta.

Firma del Paciente:	Fecha: / /
Firma del Padre/Tutor Legal:	Fecha: / /



Declaración de Renta

Yo, _____ certifico que he recibido ingresos desde ___/___/_____, provenientes del lugar de empleo: _____ teléfono #: _____. Certifico que no puedo brindar la documentación requerida de ingresos. Sin embargo, por el presente, autorizo a Star Community Health a comunicarse con mi lugar de empleo y a verificar verbalmente los ingresos. Comprendo que me pueden pedir que solicite el seguro de salud a través del mercado o fuentes estatales/federales. Comprendo que Star Community Health puede solicitar documentación de respaldo y cumpliré con dichas solicitudes. Además, certifico que la información incluida en este formulario y la solicitud es verdadera y, en caso de que Star Community Health descubriera que es falsa, puedo resultar responsable de todos los cargos relacionados con mi atención médica.

Housing:

___ Mi propia casa/propio departamento ¿Recibe asistencia para la vivienda? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la cantidad: _____

___ La casa/el departamento de otra persona Nombre del propietario de la casa/del departamento: _____

___ Refugio/vivienda transitoria

___ Otro (explique): _____

Ingresos:

Salario por hora: \$_____._____/h Me pagan cada ___ Diario, ___ 1 Semana, ___ 2 Semanas, ___ Mensualmente

Recibo mi salario en ___ Efectivo, ___ Cheque o ___ Depósito Directo .

Se retienen impuestos de mi salario ___ Sí ___ No

Transporte:

___ Tengo mi propio vehículo

___ Un amigo o un pariente me brinda el transporte

___ Uso el transporte público

Brinde una breve descripción de su situación financiera actual: _____

****El solicitante aún debe completar la solicitud además de este formulario****

Por el presente, juro y testifico que toda la información anterior sobre mí es verdadera y correcta.

Firma del Paciente	Fecha: / /
Firma del Padre/Tutor Legal	Fecha: / /



Exención de Pago

Yo, _____ certifico que tengo dificultad para cumplir con mis obligaciones financieras con Star Community Health y solicito que la tarifa de \$_____ puede ser eximido durante el período de tiempo que se indica a continuación . Comprendo que esta tarifa se anula solo después de reunirme con el asesor financiero y de recibir la aprobación para la exención. Además, comprendo que tendré que continuar reuniéndome con el asesor financiero en cada cita que tenga en Star Community Health, ya sea antes o después de la cita, a fin de brindar actualizaciones sobre la situación financiera. Entiendo que Star Community Health puede cancelar esta exención si no cumplo con los requisitos de reunirme con el Asesor Financiero.

Brinde una breve descripción de su situación financiera actual : _____

*****Para Uso Exclusivo del Asesor Financiero*****

Nombre del Asesor Financiero: _____ Fecha: ___/___/_____

Número de Historia Clínica : _____ Nombre del Paciente : _____

Fecha de nacimiento : ___/___/_____

Exención aprobada a partir de ___/___/_____ hasta ___/___/_____.

El paciente se reunirá con el Asesor Financiero en las siguientes fechas

___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____
___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____ ___/___/_____

*****El paciente debe presentar una copia de este formulario al personal de registro al momento de la cita, a fin de recibir la exención de la tarifa. *****

Por el presente, juro y testifico que toda la información anterior sobre mí es verdadera y correcta.

Firma del Paciente:	Fecha: / /
Firma del Padre/Tutor Legal:	Fecha: / /
Firma del Asesor Financiero:	Fecha: / /



Programa de escala de tarifa móvil

Declaración de denegación

Apellido/Nombre:	Núm. de seguro social:	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:	Ciudad:	Calle: Código postal:
Núm. de teléfono:	Núm. de teléfono para recibir mensajes (recordatorios designados):	

No deseo cumplir con los requisitos de la escala móvil ni solicitarla.

Si no desea solicitar ni cumplir los requisitos para solicitar nuestro descuento de escala de tarifa móvil, pasará a ser un paciente de pago por cuenta propia. Esto significa que deberá pagar \$75 por adelantado al momento de recibir el servicio y será responsable de todos los saldos pendientes una vez que se ingresen los cargos del proveedor por su consulta. Asimismo, será responsable de todos los cargos de estudios de laboratorio, radiografías y diagnóstico de la consulta de hoy. No se aplicará ningún descuento a los cargos del consultorio ni a los cargos del laboratorio. Tampoco podrá recibir un descuento para estos cargos si en un futuro completa la aplicación para la tarifa móvil.

Firma del paciente:	Fecha: / /
Firma del padre/tutor legal:	Fecha: / /



Programa de Escala de Tarifa Móvil

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Fecha de la Solicitud : ____/____/____ Asesor Financiero : _____

Primera Revisión : ____/____/____ Segunda Revisión : ____/____/____ Tercera revisión : ____/____/____

Elemento	Completo	Incompleto
La información no es legible (Especifique el Núm. de Página)		
La página 1 no está firmada o está incompleta		
La página 2 no está firmada o está incompleta		
3 meses de talones de pago		
Declaración Fiscal Federal		
Formulario de Impuestos de la Declaración Complementaria C o de Ingresos de		
Desempleo, SSI, TANF, Indemnización del Trabajador, Discapacidad, Ma- nutención de Menores/Pensión Alimenticia, Jubilación/Pensión o Renta Vitalicia		
La página 3 no está firmada o está incompleta		
La persona que completó el formulario no firmó el testimonio		
Falta información del mes núm. ____		
La página 4 no está firmada o está incompleta		
Está marcada la opción "Otra vivienda", pero no se brindó ninguna explicación		
Está marcada la opción "S" respecto del teléfono celular, pero no hay una expli-		
La descripción breve de la situación financiera no está completa		
Identificación con Fotografía Escaneada en EPIC		
Tarjetas del Seguro Escaneadas en EPIC		
Estado de la Solicitud actualizado en EPIC		
Solicitud Escaneada en EPIC		

Esta solicitud se ha:

_____ Aprobado a partir del ____/____/____, La solicitud vence el: ____/____/____

_____ Denegado a partir del ____/____/____ debido a:

He revisado esta información y la decisión anterior se fundamenta solo en la información incluida en esta solicitud.

Firma del Asesor:	Fecha: / /
-------------------	------------