

Solicitud de tarifa móvil

Vigente a partir del 10/10/2024

Howard Brown Health (HBH) tiene la política de brindar atención médica y servicios de salud conductual de calidad a todas las personas que necesitan atención, sin importar sus ingresos o su capacidad de pago. Complete la siguiente información para que HBH pueda determinar su elegibilidad para los servicios con descuento. Se le volverá a evaluar para la escala móvil cada seis meses y se le pedirá que aporte pruebas actualizadas de sus ingresos.

Nombre del paciente: _____ Nombre de preferencia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _____

¿Tiene un seguro médico comercial, Medicare y/o Medicaid?

Sí No No sé

HOGAR

Un "hogar" incluye a cualquier persona que se considere que es dependiente legal del solicitante (usted), incluidos los niños bajo su custodia legal, su pareja de hecho o su cónyuge. Indique el nombre de las personas de su hogar de las que sea económicamente responsable.

Table with 2 columns: Nombres de los dependientes, Parentesco con usted. Includes a row for 'Número TOTAL de personas en el hogar:'.

INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Table with 5 columns: Fuente de ingresos, Propio, Pareja, Otro, Total. Rows include Sueldos brutos, Seguro Social, Prestaciones por desempleo, Ingresos por inversiones, Otro, and INGRESOS TOTALES.

LEA Y FIRME

He revisado este formulario y certifico que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal entender. Entiendo que para que se me considere para el programa de escala móvil de Howard Brown Health, debo programar una cita con el equipo de Orientación sobre Beneficios para hablar sobre las opciones de cobertura de seguro y la posible inscripción en los programas que ofrece el Departamento de Salud Pública de Illinois. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los gastos del centro de salud hasta el momento en que haya proporcionado la documentación necesaria para respaldar mi solicitud. Comprendo que se me cobrará la tarifa completa de mi consulta si no presento la documentación de ingresos dentro de los 60 días de solicitar el programa de escala móvil de Howard Brown Health. Entiendo que debo notificar a Howard Brown Health Center si mi nivel de ingresos cambia o si adquiero un seguro. Si hay cambios, me volverán a evaluar para la escala móvil de tarifas. Entiendo que este programa solo está activo durante 6 meses y tendré que volver a presentar una solicitud al final del período de 6 meses.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor (si corresponde): _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Grid of checkboxes for income levels: \$0 - RW L1 0-100%, \$5 - Non-RW 0-100%, \$10 101-125%, \$15 126-150%, \$20 - 151-175%, \$25 - 176-200%, Full Fee (not eligible) greater than 200%.

Table with 2 columns: Reviewed By, Effective Date, Termination Date.