



<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Family Dentistry	<input type="checkbox"/>	Benhaven Medical Center
<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Medical Center	<input type="checkbox"/>	Lillington Health Center
<input type="checkbox"/>	Angier Medical Center	<input type="checkbox"/>	Mobile Unit (Dental/Medical)

REQUISITOS DE DESLIZAMIENTO FEE

Los siguientes artículos son **NECESARIO** para solicitar la escala de precios que reduce el costo de la atención médica a través de centros de salud First Choice Community Health Centers.

- | | |
|---|---|
| 1. Verificación Ingresos | Proporcionar todos los documentos aplicables de la sección de determinación de la renta de la aplicación. |
| 2. Tamaño de la Casa de Verificación | Para cada miembro del hogar, proporcionar un documento de la sección de determinación del tamaño de los hogares de la aplicación. |
| 3. Determinación Identificación | El solicitante debe proporcionar una identificación con foto emitida por el gobierno. |

** Por favor entregue su aplicación con **TODAS** elementos necesarios unidos. **

Si tu no tienes TODAS de los elementos anteriores Su solicitud será pospuesto hasta que haya enviado DOCUMENTACIÓN todos los necesarios. Retrasos en la presentación SUS DOCUMENTOS puede hacer que su petición de ser denegada..



<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Family Dentistry	<input type="checkbox"/>	Benhaven Medical Center
<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Medical Center	<input type="checkbox"/>	Lillington Health Center
<input type="checkbox"/>	Angier Medical Center	<input type="checkbox"/>	Mobile Unit (Dental/Medical)

TASA DE SOLICITUD DE DESLIZAMIENTO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Programa de honorarios

Programa de Descuento deslizamiento Fee es un programa federal que permite First Choice Community Health Centers (FCCHC) para descontar los cargos normales, ya sea para una visita médica o dental. De acuerdo con la ley, se requiere de dos elementos de información para calificar a fin de calificar: la cantidad de dinero ganado en el hogar y el número de personas que viven en el hogar. Para ser elegible para la escala de pagos, debe proporcionar ingresos precisa y aceptable, así como la lista de todas las personas dentro del hogar como de la fecha en que se registró esta solicitud o usted será responsable por el 100% de todos los cargos. Debe informar de cualquier cambio en los ingresos familiares o el número de miembros en el hogar cuando se producen cambios.

Elegibilidad

Todos los pacientes FCCHC son elegibles para solicitar la diapositiva. Determinación del descuento, en su caso, depende de los ingresos familiares y el tamaño del hogar, en comparación con las actuales directrices federales de pobreza. El descuento puede aplicarse a seguros deducibles de Medicare /, así como servicios no cubiertos. **El descuento no se aplica a los seguros de co-pago.**

Termino

La información debe ser actualizado cada doce (12) meses o con cualquier cambio en el ingreso del hogar o el tamaño del hogar.

Definiciones y Ejemplos de Prueba Aceptable Requerido

Determinación de ingresos:

1. Los ingresos se basa en los ingresos brutos de todos los miembros del hogar que obtienen ingresos. Ingresos utiliza para calcular el nivel de pobreza:
 - a. Incluye ingresos, compensación por desempleo, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, pensión alimenticia, asistencia desde fuera del hogar y otras fuentes diversas.
 - b. Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
 - c. Antes de los impuestos.
 - d. Excluye ganancias o pérdidas de capital.
 - e. Si una persona vive con una familia, sume los ingresos de todos los miembros de la familia.
2. Las formas aceptables de prueba para determinar el ingreso son los siguientes:
 - a. Declaración del Impuesto a las Ganancias: Una copia firmada de la declaración de impuestos más reciente que muestra el ingreso bruto ajustado.
 - b. Recibos de Sueldo: Dos o más talones de pago consecutivos que indican el pago bruto dentro de los últimos treinta (30) días.
 - c. Carta de la Agencia: Una carta de la Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos o Agencia de Servicios Sociales (i.e., AFDC, Food Stamps, o WIC) indicando nivel de ingreso.
 - d. Verificación de Desempleo: Papeleo de la Comisión de Valores del Empleo (ESC) que demuestra el estado de desempleo y la cantidad de compensación por desempleo que se recibe.
 - e. Documentos Judiciales: Documentos oficiales que citan la manutención de los hijos o pensión alimenticia otorgada por un juez.
 - f. Papeleo Oficial: Papeleo que documenta los beneficios de jubilación, discapacidad y SSI.
 - g. Formulario de Verificación de Salario: Para aquellos que no reciben un cheque de pago real.

El tamaño del hogar Determinación:

1. Todos los miembros de una familia que la puesta en común de recursos financieros, incluyendo alojamiento y comida y / o que están apoyando uno otra vista financiero se cuentan como un solo hogar.
2. El tamaño del hogar se puede documentar con cualquiera de lo siguiente.
 - a. Una copia de la declaración de impuestos más reciente que muestra el tamaño del hogar.
 - b. Tarjeta de Seguro Social
 - c. Certificado de nacimiento/Medicaid cards for any dependent children
 - d. Licencia de conducir o tarjetas de identificación del estado
 - e. Documentos judiciales o gubernamentales que indiquen el número de miembros en el hogar.
 - f. Contratos de alquiler o una carta del propietario que indique el número de miembros del hogar. Se debe proporcionar información de contacto para que la información pueda ser verificada.
 - g. Contratos de alquiler o una carta del propietario que indique el número de miembros del hogar. Se debe proporcionar información de contacto para que se pueda verificar la información.

Determinación de identificación: Forma de identificación con foto emitida por el gobierno.

FRONT DESK – Scan into patient’s electronic record with all supporting documents.

Approved: *Sheila Simmons 12-19-2017*

Revised: 02/14/2018



<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Family Dentistry	<input type="checkbox"/>	Benhaven Medical Center
<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Medical Center	<input type="checkbox"/>	Lillington Health Center
<input type="checkbox"/>	Angier Medical Center	<input type="checkbox"/>	Mobile Unit (Dental/Medical)

(PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE / TUTOR: Por favor complete toda la información de la familia:)

Determinación de elegibilidad

							For the use internal only	
Nombre	Relación familiar	Fecha de nacimiento	Una lista de todos los planes de seguro de salud por el que está cubierto	Ingresos	Frecuencia W/B-W/M/Y	Tipo de Documentación de ingresos	Fecha toda la documentación Recibido	Documentación recibida por

*** La documentación debe ser proporcionada por el paciente o tutor para determinar la elegibilidad de los Segun Ingresos ***

Yo entiendo que la información que proporciono en este formulario está sujeta a verificación por parte de First Choice Community Health Centers. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que entiendo y estoy de acuerdo a adherirse a todos los términos y condiciones del programa del Programa de Descuento de honorarios.

Paciente / Guardián Firma

Nombre impreso

Fecha

----- (No escriba debajo de esta línea. Para ser completado por FCCHC.) -----

Acceptable Income Documentation [Enter () If Verified and Obtained]	Calculated Amount Associated with Documentation
Current federal tax return.	
Last 30 days paycheck stubs (Paycheck stubs must be dated within last 30 days, must have employer name, employee name and/or Security Social number, time frame of payment (number of hours worked per period) and rate of pay. If hours worked and amounts vary an average will be taken for the month).	
Wage verification form completed by employer.	
Official Letters / Documents from Social Security, Courts, Child Support, ESC, etc.	
Total Income Amount:	

Total number of family members who apply for the program fee sliding

Enter () if verified and obtained	Information verified and obtained
Acceptable identification for each family member listed on Sliding Fee Program Application.	
All family member names and dates of birth listed on Sliding Fee Program Application.	

Qualified Poverty Percentage	Medical Slide Category	Dental Slide Category	Slide Effective Date	Slide Termination Date

Signature of FCCHC Staff

Printed Name

Date

FRONT DESK – Scan into patient’s electronic record with all supporting documents.

Approved: *Sheila Simmons 12-19-2017*

Revised: 02/14/2018



<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Family Dentistry	<input type="checkbox"/>	Benhaven Medical Center
<input type="checkbox"/>	Anderson Creek Medical Center	<input type="checkbox"/>	Lillington Health Center
<input type="checkbox"/>	Angier Medical Center	<input type="checkbox"/>	Mobile Unit (Dental/Medical)

DESLIZAMIENTO FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO FEE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Patient Account Number: _____

El móvil de tarifas Programa de Descuento es un programa federal que permite First Choice Community Health Centers (FCCHC) para descontar los cargos normales, ya sea para una visita médica o dental. De acuerdo con la ley, se requiere de dos piezas de información con el fin de calificar: la cantidad de dinero ganado en el hogar y el número de personas que viven en el hogar. Con el fin de ser elegible para la escala de pagos, debe proporcionar una prueba exacta y aceptable de los ingresos, así lista como todas las personas dentro del hogar a más tardar a partir de la fecha en que firmó esta solicitud o usted será responsable por el 100% de todos los cargos. Debe informar de cualquier cambio en los ingresos familiares o el número de miembros en el hogar cuando se producen estos cambios..

Todos los pacientes FCCHC son elegibles para aplicar para el programa de descuento de honorarios. Determinación del descuento, en su caso, depende de los ingresos familiares y el tamaño del hogar, en comparación con las actuales directrices federales de pobreza. El descuento puede aplicarse a los deducibles del seguro / Medicare, así como servicios no cubiertos. **El descuento no se aplica a los seguros de los co-pagos.** Los requisitos de elegibilidad y de los hogares se describen específicamente en nuestra Solicitud de honorarios. Deslizantes descuentos de honorarios serán honrados por los hogares que están por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Prueba de ingreso y tamaño del hogar determina qué porcentaje puede ser elegible.

A continuación se presentan los cinco niveles de la Médico Deslizamiento Programa de Descuento Tarifa:

- | | |
|---|--|
| • < 100% del nivel federal de pobreza | Califica para una tarifa nominal de \$ 25.00 para toda la visita médica. |
| • > 100% - 150% del nivel federal de pobreza | Califica a pagar el 25% de la factura total para toda la visita médica. |
| • > 150% - 175 % del nivel federal de pobreza | Califica a pagar el 50% de la factura total para toda la visita médica. |
| • > 175% - 200% del nivel federal de pobreza | Califica para pagar el 75% de la factura total para toda la visita médica. |
| • > 200% del nivel federal de pobreza | Califica para ningún descuento. Responsable del 100% de la totalidad de la |

A continuación se presentan los cuatro niveles de la Dental Deslizamiento Programa de Descuento Tarifa:

- | | |
|---|---|
| • < 100% del nivel federal de pobreza | Califica para una tarifa nominal de \$ 35.00 por cada servicio dental básica. Debe pagar el 25% de todos los servicios dentales .ampliados. |
| • > 100% - 175% del nivel federal de pobreza | Califica para una tarifa nominal de \$ 35.00 por cada servicio dental básica. Debe pagar el 50% de todos los servicios dentales ampliados. |
| • > 175% - 200 % del nivel federal de pobreza | Califica para una tarifa nominal de \$ 35.00 por cada servicio dental básica. Debe pagar el 75% de todos los servicios dentales ampliados. |
| • > 200% del nivel federal de pobreza | Califica para ningún descuento. Responsable del 100% de la totalidad de la factura dental |

Mi firma reconoce que he recibido y comprender el pago del programa de descuento de deslizamiento y que es mi responsabilidad de proporcionar los ingresos necesarios y la documentación de los hogares a calificar y ser elegible para el descuento de honorarios de acuerdo con los niveles de pobreza federales proporcionados anteriormente.

Slide médica %	Slide Dental %	Fecha efectiva de deslizamiento	Deslizante Tasa de Terminación Fecha
Falta de documentación para calificar para el programa de honorarios		Por fecha para regresar	
* Paciente / Responsable Nombre Partido Impreso		Paciente / Firma Responsable	Fecha
FCCHC Staff Signature: _____		Date: _____	
Approving Authority: _____		Date: _____	

FRONT DESK – Scan into patient’s electronic record with all supporting documents.

Approved: *Sheila Simmons 12-19-2017*

Revised: 02/14/2018