



SOLICITUD DE DESCUENTO EN LOS SERVICIOS

| INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE | |
|---|---|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: |
| Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Género: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no comunicarlo |
| Raza: <input type="checkbox"/> Estadounidense de raza blanca <input type="checkbox"/> Estadounidense de raza negra <input type="checkbox"/> Estadounidense multirracial <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispanounidense <input type="checkbox"/> Estadounidense de raza oriental <input type="checkbox"/> Nativo de una isla del Pacífico, salvo Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |
| Dirección particular: | |
| Ciudad, estado: | Distrito postal: |
| Número de teléfono: | |
| INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE (GARANTE) | |
| <input type="checkbox"/> <i>Si el paciente y el solicitante son la misma persona, marcar esta casilla y pasar a la primera pregunta.</i> | |
| Parentesco con el paciente: <input type="checkbox"/> Soy el paciente <input type="checkbox"/> Padre o madre/Tutor | |
| Nombre: | Fecha de nacimiento: |
| N.º de seg. social: | Número de teléfono: |
| Dirección particular: | |
| Ciudad, estado: | Distrito postal: |
| 1. ¿Se acoge a Medicaid de Indiana o a Medicare o se beneficia de algún otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 2. Si tiene seguro privado, ¿cuánto abona de su bolsillo? \$_____ | |
| 3. ¿Alguna vez usted o su familia han solicitado, o se les ha negado, Medicaid de Indiana o Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 4. ¿Hoy quiere solicitar o volver a solicitar Medicaid de Indiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 5. ¿Está desempleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

6. ¿Está demasiado enfermo para trabajar o tiene una discapacidad?
 Sí No

Incluya a continuación a usted, a su cónyuge/pareja y a todos los menores de veintiún años que tenga a su cargo y ocupen la vivienda:

| Nombre | Fecha de nacimiento | Parentesco con el cabeza de familia | Medicaid de Indiana o seguro privado |
|--------|---------------------|-------------------------------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

COMPROBACIÓN DE LOS INGRESOS

Escriba la **renta bruta** (los ingresos percibidos por el hogar antes deducir los impuestos). Por hogar se entiende todas las personas que ocupan la vivienda. Por **comprobante de ingresos** se entiende la mayoría de las declaraciones tributarias, las nóminas, las cartas de empleadores donde se consignen los salarios percibidos, las declaraciones juradas y los comprobantes de desempleo.

Si **no tiene renta que declarar**, saltéese el cuadro de ingresos y pase al siguiente paso.

| | | | |
|--|----|---|--|
| Rendimientos del trabajo | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | <i>Solo para uso de la oficina</i> <input type="checkbox"/> Ingresos comprobados <input type="checkbox"/> Identificación comprobada FPL: _____ |
| Ingresos en efectivo | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | Firma del miembro del personal: _____ Fecha: _____ |
| Prestaciones de invalidez | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | Se recomienda aplicar un descuento al paciente: <input type="checkbox"/> Sí _____ (iniciales del miembro del personal) Fechas de inclusión: _____ - _____ |
| Prestaciones de la Seguridad Social | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | Autorizado por: _____ Fecha: _____ |
| Prestaciones por desempleo | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | Nota: Consulte la escala de descuento gradual de Damar Health Services. |
| Pagos del seguro de accidentes laborales | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | |
| Pensión alimenticia | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | |

| | | | |
|----------------|----|---|--|
| Otros ingresos | \$ | Semanal/Quincenal/Otra frecuencia (encierre alguna en un círculo) Media jornada/Jornada completa (encierre alguna en un círculo) | |
|----------------|----|---|--|

CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE

Declaro que, hasta donde sé, la información provista es precisa y completa y que, de ocurrir un cambio en los ingresos o la cobertura de los seguros, me comunicaré con Damar Health Services. Comprendo que asumiré la responsabilidad financiera de **la totalidad o parte de mi prevención y tratamiento** y que se me pedirá que **pague en el momento de la prestación del servicio en cuestión**. Autorizo que se revele la información que sea necesario para comprobar si cumpla los requisitos para descuentos en los servicios y autorizo la revelación de mi información a las aseguradoras con fines de auditoría.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Renuncia (para los pacientes que no quieran someterse a las exigencias de la escala de descuento gradual)

Como no desea solicitar el descuento gradual, opta por ser un paciente que paga con cargo a su propio peculio, es decir, tendrá que pagar todos los saldos pendientes tras la aplicación del descuento por paga con cargo al propio peculio. Este último descuento no es aplicable a los gastos de oficina y laboratorio.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Autodeclaración de renta

Complete la siguiente información únicamente *si no tiene otra forma de comprobar sus ingresos*. Tiene que poder marcar todas las casillas y tiene que contestar todas las preguntas. Si no completa la siguiente información, su solicitud de descuento gradual será rechazada.

- Me pagan en efectivo.
- No recibo el documento de la nómina.
- No puedo obtener una carta de mi empleador. ¿Por qué? _____
- No tengo acceso a mi información financiera. ¿Por qué? _____

Certificación del paciente

Declaro que no tengo otra forma de comprobar mis ingresos y que toda la información precedente es precisa. Comprendo que esta información se utilizará para comprobar si cumpla las exigencias de la escala de descuento gradual de Damar Health Services. Comprendo que los empleados de Damar Health Services podrán comprobar la información que figura sobre mí en estas hojas.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Certificación del empleado

Declaro que pregunté al solicitante/beneficiario sobre todas las fuentes de ingresos del hogar y que, antes de firmar esta hoja, hice mi mejor esfuerzo para obtener otras posibles fuentes de documentación. La información comunicada en estas hojas fue provista únicamente por el solicitante/beneficiario y es el reflejo de los ingresos que el solicitante declaró ante mí.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____