



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION SERVICIOS DE SALUD

Solicitud para participar en el programa de descuento de tarifa variable

¿Qué es el programa de descuento de tarifa variable?

El programa de descuento de tarifa variable es un programa federal que le permite a KANA hacer un descuento en nuestras tarifas regulares y habituales para los pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente. Este programa ofrece los servicios a una tarifa plana según la capacidad de pago de cada paciente. El cuadro de descuentos a tarifa plana está disponible a pedido. El programa cubre consultas médicas y ciertos análisis de laboratorio para servicios médicos, dentales y de salud conductual. Las radiografías y otros análisis de laboratorio externos no se incluyen en el programa de descuento de tarifa variable. Los pacientes recibirán una factura aparte por las radiografías o los análisis de laboratorio de proveedores ajenos a KANA.

Elegibilidad

Todos los pacientes de KANA, incluidos todos los familiares que figuren en la solicitud, pueden postularse para pagar tarifas con descuento según su capacidad de pago. La determinación del descuento, si se hace, depende de los comprobantes de ingresos familiares y del tamaño del grupo familiar en comparación con las Pautas del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Guidelines) de Alaska. El descuento de tarifa variable puede aplicarse a los deducibles, coseguros y copagos de seguros privados o públicos, según las obligaciones legales y contractuales que tenga cada paciente con su compañía aseguradora.

Condiciones

La información de elegibilidad debe actualizarse todos los años desde que se presenta la solicitud y siempre que haya un cambio en los ingresos de cualquiera de los miembros del grupo familiar.

Constancia de elegibilidad aceptable

- I. Determinación de ingresos
 - a. Los ingresos se basan en los ingresos brutos de todos los miembros del grupo familiar. Los ingresos brutos representan el total de ingresos personales del paciente y de los miembros del grupo familiar antes de que se descuenten los impuestos o se hagan otras deducciones. Inicialmente, un paciente puede informar los ingresos brutos familiares él mismo en su primera consulta, pero tendrá que presentar documentación de respaldo dentro de los 30 días posteriores o antes de su próxima consulta, lo que ocurra primero, si desea continuar recibiendo el descuento.
- II. Los pacientes y los miembros del grupo familiar deben entregar un comprobante válido de la documentación de estos ingresos, incluidos:
 - i. Un período mínimo de 4 semanas de recibos de pago.
 1. Si reciben pagos semanales, al menos 4 recibos consecutivos.
 2. Si reciben pagos quincenales, al menos 2 recibos consecutivos.
 3. Si reciben pagos mensuales, al menos 1 recibo de pago.
 - ii. Declaración de impuestos sobre la renta disponible más reciente, formulario 1099 o W-2.
 - iii. Carta de beneficios por desempleo o copia del último cheque de beneficios por desempleo.

- iv. Carta de beneficios por discapacidad/del Seguro Social o copia del cheque o extracto bancario.
- v. Un cheque o extracto bancario de pensión o jubilación.
- vi. Verificación de manutención infantil: copia de un cheque, documentos judiciales que indiquen la cantidad de manutención o carta notariada del padre/madre que hace los pagos.
- vii. Pago de indemnización por accidente laboral.
- viii. Registro de pagos de beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA).
- ix. Documentos de ingresos por alquiler de propiedades.

III. La determinación del tamaño del grupo familiar incluye a todos los miembros del grupo familiar que vivan en la misma dirección:

- i. Paciente
- ii. Cónyuge
- iii. Pareja de hecho registrada
- iv. Pareja no registrada, con hijos en común
- v. Pareja no registrada con quien vive en concubinato
- vi. Padres
- vii. Hijos (biológicos, adoptados, de acogida, hijastros, menores en guarda legal o hijos de la pareja de hecho registrada)

IV. Declaración de ingresos nulos.

- a. Los pacientes que declaren no tener ingresos deberán completar y firmar una Declaración de Ingresos Nulos (Zero Income Statement).

Recursos alternativos

Usted y su familia podrían ser elegibles para obtener recursos alternativos de atención médica, como Medicaid, Medicare, Denali KidCare y beneficios del VA. Los especialistas en recursos alternativos de KANA están a su disposición para hablar sobre las opciones de seguro médico, y lo ayudarán a determinar la elegibilidad y a completar la documentación necesaria. Para obtener más información, llame al 907-486-9870.

Si usted tiene otros recursos para cubrir los gastos relacionados con sus necesidades de atención médica (seguro médico, Medicaid, Medicare o beneficios del VA) o se vuelve elegible para recibirlos, infórmelo en KANA durante su consulta o no bien se entere de la cobertura alternativa. El método preferido es la presentación de una tarjeta del seguro, pero KANA también acepta información verbal por teléfono. La facturación al seguro apropiado extiende los fondos actuales para atenderlos a usted y a otros pacientes de KANA.

*****CONSERVE LAS PÁGINAS 1 Y 2 A MODO DE REFERENCIA*****



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
SERVICIOS DE SALUD

Solicitud para participar en el programa de descuento de tarifa variable

Nombre completo del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____
 Cantidad total de miembros del grupo familiar: _____

Complete la siguiente información para todos los miembros del grupo familiar, incluido usted mismo:

Nombre completo	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Tipo de ingresos*	Mensual	Total
	PACIENTE				
				Total Income: <i>To be completed by staff</i>	

La documentación debe presentarse dentro de los 30 días posteriores o antes de la próxima cita programada, lo que ocurra primero.

Certifico que, hasta donde yo sé, la información de arriba es verdadera y correcta. Entiendo que esta información puede ser auditada al azar en cualquier momento para verificarla. Dar información falsa intencionalmente puede dar lugar a la cancelación del programa de descuento de tarifa variable.

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

STAFF USE ONLY

Discount Level: A B C D

***Income Type Received**

<input type="checkbox"/> Pay Stubs for a 4 week period <input type="checkbox"/> unemployment benefit statement or check <input type="checkbox"/> Worker's Compensations <input type="checkbox"/> SSA/SSI/APA Printout <input type="checkbox"/> Public Assistance	<input type="checkbox"/> Veteran's Payments <input type="checkbox"/> Dividends <input type="checkbox"/> Retirement Income <input type="checkbox"/> Other:
Patient MRN: _____	Staff Initials: _____
Date Documentation Received: _____	