



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

Aplikasyon para sa Programa ng Diskuwentong Isinasayos na Bayarin

Sliding Fee Discount Program (Programang Diskuwentong Isinasayos na Bayarin)

Ang Sliding Fee Discount Program (Programang Diskuwentong Isinasayos na Bayarin, SFDP) ay isang programang Pederal na nagpapahintulot sa KANA na magbigay ng diskuwento sa aming normal at nakaugaliang mga singilin para sa mga kwalipikadong pasyente. Nag-aalok ang Sliding Fee Discount Program ng may diskuwentong flat rate fee para sa serbisyo batay sa kakayahang magbayad ng pasyente. Sinasaklaw ng programa ang mga pagbisita sa tanggapan para sa Mga Serbisyo para sa Medikal, Ngipin at Kalusugan ng Pag-uugali, pati rin ang mga limitadong serbisyo ng laboratoryo. Makatanggap ang mga pasyente ng hiwalay na bilyete para sa mga serbisyo mula sa mga provider sa labas ng KANA. Ang mga serbisyong ibinibigay ng Providence Kodiak Island Medical Center ay hindi sinasaklaw ng SFDP ng KANA, pero ang PKIMC ay mayroong sarili nilang mga programa ng diskuwento na magagamit.

Sa KANA, walang pasyente ang pagkakaitan ng mga serbisyo dahil sa kawalan ng kakayahang magbayad.

Eligibility (Pagiging Karapat-dapat)

Maaaring mag-apply ang lahat ng pasyente ng KANA, kabilang ang lahat ng miyembro ng pamilya na nakalista sa aplikasyon, upang makatanggap ng mga diskuwento sa bayarin, batay sa kanilang kakayahang magbayad. Nakasalalay ang pagpapasiya ng diskuwento, kung mayroon man, sa katibayan ng kita ng sambahayan at laki ng sambahayan kung ihahambing sa kasalukuyang Alaska Federal Poverty Guidelines (Mga Alituntunin sa Kahirapan ng Pederal ng Alaska). Maaaring ilapat ang sliding fee discount sa mga deductible ng pampubliko o pribadong insurance, mga co-insurance at/o mga halaga ng co-pay depende sa mga obligasyon ayon sa batas at kontrata sa mga indibidwal na kompanya ng insurance.

Mga Tuntunin

Dapat ma-update taon-taon ang impormasyon ng pagiging karapat-dapat mula sa panahon ng aplikasyon at/o sa tuwing may pagbabago sa kita ng sinumang miyembro ng sambahayan.

Tinatanggap na Katibayan ng Pagiging Karapat-dapat

- I. Pagpapasiya ng kita
 - a. Ang kita ay batay sa kabuuang kita ng lahat ng miyembro ng sambahayan. Kumakatawan ang kabuuang kita sa kabuuang personal na kita ng pasyente at mga miyembro ng sambahayan bago ang pagbubuwis o iba pang mga pagbabawas. Maaaring sa una ay iulat ng isang pasyente ang kabuuang kita ng pamilya sa kanilang unang pagbisita ngunit aatasan na magbigay ng sumusuportang dokumentasyon sa loob ng 30 araw o bago ang kanilang susunod na pagbisita, alinman ang nauna, kung nais nilang patuloy na makatanggap ng diskuwento.
- II. Kailangang magbigay ng mga pasyente o mga miyembro ng sambahayan ng lahat ng naaangkop na dokumentong katibayan ng kita, na maaaring kabilangan ng sumusunod:
 - a. Hindi bababa sa 4 na linggong panahon ng mga paycheck stub
 1. Binabayaran kada linggo, hindi bababa sa 4 na magkakasunod na stub
 2. Binabayaran nang minsan sa dalawang linggo o tuwing kalahati ng buwan, hindi bababa sa 2 magkasunod na stub

3. Binabayaran kada buwan, hindi bababa sa 1 paycheck stub

- b. Pinakabagong makukuha na ulat ng buwis sa kita (income tax return), 1099 form o W-2
- c. Liham ng pagkaloob para sa kawalan ng trabaho o kopya ng huling tseke para sa kawalan ng trabaho
- d. Sulat ng pagkaloob ng Disability/Social Security o kopya ng tseke o talaan ng bangko
- e. Isang pensiyon o tseke ng pagreretiro o talaan ng bangko
- f. Katunayan ng suporta sa bata: kopya ng tseke, papeles ng hukuman na nagsasaad ng halaga ng tulong, o may notaryong sulat mula sa magulang na nagbabayad
- g. Kabayaran sa Sahod ng Manggagawa
- h. Talaan ng kabayaran ng mga benepisyo ng VA
- i. Dokumentasyon ng kita sa pagpapaupa ng ari-arian

III. Kabilang sa pagtukoy ng laki ng sambahayan ang lahat ng miyembro ng sambahayan na nakatira sa parehong tirahan na pinansyal na tinutustusan ang isa't isa at/o nagbabahagi ng mga mapagkukunan, maaaring kasama dito ang:

- a. Pasyente
- b. Asawa
- c. Mga rehistradong domestic partner (kinakasama)
- d. Mga nagsasamang hindi kasal na may parehong anak
- e. Mga nagsasamang hindi kasal na naninirahan bilang kinasal/nagsasama
- f. Mga magulang
- g. Mga anak (sa dugo, ampon, kinakapatid, sa ibang asawa, legal na inaalagaan o anak ng isang rehistradong domestic partner)

IV. Pahayag ng Kawalan ng Kita

- a. Ang mga magulang na nagpapahayag na wala silang kita ay kakailanganing kumumpleto at lumagda sa Pahayag ng Kawalan ng Kita

Mga Alternatibong Mapagkukunan

Maaaring karapat-dapat ka at ang iyong pamilya para sa mga alternatibong mapagkukunan sa pangangalagang pangkalusugan, tulad ng: Medicaid, Medicare, Mga Benepisyo mula sa VA, Tribally-Sponsored Health Insurance Program (T-SHIP) o iba pang mga uri ng insurance. Available ang Mga Tagapangasiwa ng Benepisyo ng Pasyente ng KANA para talakayin ang iyong mga pagpipilian sa insurance para sa kalusugan, at tutulong sa pagtukoy ng pagiging karapat-dapat at pagkumpleto ng kaugnay na dokumento. Tumawag sa 907-486-9861 para malaman pa.

Kung mayroon ka o kwalipikado ka para sa iba pang mapagkukunan upang saklawin ang mga gastusing kaugnay ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan (insurance sa kalusugan, Medicaid, Medicare, at/o Mga Benepisyo ng VA), mangyaring ibigay ang impormasyon na ito sa KANA sa inyong pagbisita o sa sandaling malaman mo ang alternatibong coverage. Ang pagbibigay ng insurance card ay ang mas gustong paraan ngunit tatanggapin ng KANA ang pasalitang pagbibigay ng impormasyon sa telepono. Ang pagsingil sa angkop na insurance ay magpapalawig ng mga kasalukuyang pondo upang maglingkod sa iyo at sa iba pang pasyente ng KANA.

*****ITAGO ANG PAHINA 1-2 PARA SA IYONG PANGSANGGUNI*****



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

Aplikasyon para sa Programa ng Diskuwento ng Isinaayos na Bayarin

Buong Pangalan ng Aplikante: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____
 Address para sa Pagpapadala: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Numero ng Telepono sa Bahay: _____ Numero ng Telepono sa Trabaho: _____
 Cell Phone: _____
 Kabuuang Bilang ng Mga Miyembro sa Sambahayan: _____

Pakikumpleto ang sumusunod na impormasyon para sa lahat ng miyembro ng sambahayan, kasama ka:

Buong Pangalan	Kaugnayan sa Aplikante	Petsa ng Kapanganakan	Uri ng Kita*	Buwanan	Kabuuan
	SARILI				
				Total Income:	
				<i>To be completed by staff</i>	

Dapat ipasa ang dokumentasyon sa loob ng 30 araw o bago ang susunod na naka-iskedyul na appointment, alinman ang mauna.

Pinapatunayan ko na ang mga nasa itaas na detalye ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Aking nalalaman na ang impormasyong ito ay maaaring random na i-audit sa anumang oras para sa mga layunin ng beripikasyon. Ang sadyang pagbibigay ng maling impormasyon ay maaaring magresulta sa paghinto mula sa Sliding Fee Discount Program.

Lagda ng Pasyente: _____ Petsa: _____
 Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga: _____ Petsa: _____

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