



Saludos,

Gracias por preguntar sobre el programa de descuento en la tarifa de diapositivas que se ofrece en AmberMed Clinic. El programa ayuda a reducir el costo de los servicios para usted y los miembros de su hogar. Si esta interesado debe completar la solicitud y firmar la declaracion de ingresos o sin ingresos y devolverla a AmberMed Clinic dentro de los 45 dias posteriores a la primera visita elegible.

La elegibilidad esta determinada por dos factores: el tamaño del hogar y los ingresos.

Un hogar se define como “todas las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que residen juntas, dependientes y otras personas en el mismo domicilio fiscal.” Las personas no relacionadas en el hogar u otros contribuyentes que no están incluidos pueden solicitar por separado para ellos y sus dependientes.

Los hogares deben proporcionar verificación de ingresos de todas las fuentes, ya sean “ganados” o “no ganados,” dentro de un plazo de 45 días.

A continuación se muestran ejemplos de ingresos. Tenga en cuenta que esto no es exhaustivo de todas las fuentes de ingresos. Es posible que se solicite a los pacientes que proporcionen información adicional para verificar los ingresos del hogar.

Ganados:	No Ganados:
Salarios	Desempleo
Talones de pago	Seguridad Social
W2s	Pension alimenticia
Declaraciones del empleador	Regalo
Ingresos del trabajo por cuenta propia	Pension de retiro/IRA
Declaracion de impuestos vigente (todos los anexos)	VA/paga militar
Estados de cuenta bancarios	Compensacion laboral

Si tiene alguna pregunta o desea programar una cita para analizar sus opciones, llame a la AmberMed Clinic (785) 675-3018.

Gracias,

Alydia Offutt, Community Resources

P: (785) 677-4172

E: alydia.offutt@ambermed.com

*AmberMed Clinic ofrece el Programa de Descuento de Tarifas Deslizante a cualquier paciente interesado, independientemente de su estado de seguro o capacidad para pagar los servicios. Se espera que los pacientes paguen la tarifa nominal por los servicios prestados.



Solicitud de tarifa de diapositiva

La escala de tarifas móviles es para todos aquellos pacientes que cumplen con las pautas de ingresos. Se requiere comprobante de ingresos brutos dentro de los 45 días para todos los que viven en el hogar.

LA VERIFICACIÓN DEL INGRESO BRUTO SE DEBE PROPORCIONAR PARA PROCESAR LA SOLICITUD

Nombre de la solicitante _____	Seguridad Social # _____
Dirección Física _____	Envío _____
Ciudad, St, Zip, Condado _____	Número de teléfono _____

INDIQUE ABAJO TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR. INDIQUE TODOS LOS INGRESOS BRUTOS RECIBIDOS POR CADA PERSONA DEL HOGAR

Lista de todos los miembros del hogar Nombre (Incluir Solicitante)	TIPO DE COBERTURA MÉDICA	Relación con la solicitante	Fecha de nacimiento	Ingreso bruto estimado (antes de impuestos)	NÚMERO DE FUENTE

Fuente de ingresos (enumere el número en la línea anterior)

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1. Salario | 4. Discapacidad | 7. Pensión alimenticia |
| 2. Desempleo | 5. Pensiones / Jubilaciones | 8. Otra |
| 3. Seguridad Social | 6. Manutención de los hijos | |



¿Tiene seguro médico o cobertura de seguro dental? No: _____ Si: _____
 If yes, what kind? Seguro de Salud _____ Seguro de enfermedad _____ Seguro médico del estado _____ Dental _____

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a AmberMed a verificar la información proporcionado para completar mi solicitud. Entiendo que es posible que tenga que proporcionar documentación adicional para determinar la situación de mi hogar. Elegibilidad según la política del Programa de descuento de tarifas de diapositivas. Si alguna información proporcionada es inexacta, incompleta o falsificada, seré responsable del saldo total y cualquier acuerdo de pago previo o descuento puede ser anulado.

Firma del aplicante X _____ Fecha _____

Clinic Calculation for Sliding Fee	Verification Code	(Clinic Use Only)
Total Family Income: _____	1. 1040 _____	REVIEWED BY: _____
A. Applicable Poverty Level: _____	2. W-2 _____	APPROVED BY: _____
B. Annual Family Income as Percent _____	3. Wage Statements _____	Exp: ___/___/___
Poverty Level (A/B/C/D) _____	4. Benefit Letters _____	Card Sent: ___/___/___
C. Applicable Fee Reduction _____	5. Other _____	



Autodeclaración de ingresos por única vez

Declaración de ingresos

Para ser necesaria el techo de ingresos para su aplicación a la solicitud de ayuda económica y para el Programa escala de pagos. Sin embargo, en mi **primera** visita doy fe de que mis ingresos son _____ y la cantidad de personas en mi hogar es _____. Acepto traer información financiera **antes** de mi próxima visita a la clínica. Si mis ingresos o el estado de mi seguro cambian, me comunicaré con la AmberMed Clinic de inmediato.

Nombre del paciente Firma de la parte responsable

Fecha

Sin declaración de ingresos

Se requiere comprobante de ingresos para la solicitud al Programa de ayuda financiera y al Programa de escala móvil de tarifas. Sin embargo, actualmente no tengo ninguna fuente de ingresos. Si mis ingresos o el estado de mi seguro cambian, me comunicaré con la AmberMed Clinic de inmediato. Proporcionaré una carta colaborativa de la persona que me ayuda económicamente.

Nombre del paciente Firma de la parte responsable

Fecha

USO CLÍNICO ÚNICAMENTE Laboratorios: _____ Radiografía: _____ Visita: _____

Revisado 12/27/2024