Saludos,

Gracias por preguntar sobre el Programa de Descuento de Tarifas de Slide que ofrece la Clínica Médica AmberMed. Este programa ayuda a reducir el costo de los servicios para usted y los miembros de su hogar. Si le interesa, complete la Solicitud de Tarifa de Slide y firme el formulario de Declaración de Ingresos/No Ingresos y devuélvalos a la Clínica Médica AmberMed dentro de los 45 días posteriores a su primera visita elegible.

La elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa de Diapositiva está determinada por dos factores: tamaño del hogar e ingresos.

Un hogar se define como "todas las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que residen juntas, sus dependientes y otras personas en el mismo hogar fiscal". Las personas no emparentadas que viven en el hogar u otros contribuyentes no están incluidas, pero pueden presentar la declaración por separado para sí mismas y sus dependientes.

Los hogares deben presentar verificación de ingresos de todas las fuentes, ya sean laborales o no laborales, dentro del plazo de 45 días. A continuación, se presentan ejemplos de ingresos laborales y no laborales. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todas las fuentes de ingresos. Es posible que se les solicite a los pacientes 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	Pensiones de retiro/IRA
Declaracion de impuestos vigente (todos los anexos)	VA/paga militar
Estados de cuenta bancarios	Compensacion laboral

Si tiene preguntas o desea programar una cita para analizar sus opciones, llame a la Clínica Médica AmberMed al (785) 675-3018.

La Clínica Médica AmberMed ofrece el Programa de Descuento de Tarifas a cualquier paciente interesado, independientemente de su seguro médico o capacidad de pago. Se espera que los pacientes paguen la tarifa nominal por los servicios prestados.

La escala móvil de tarifas está disponible para todos los pacientes que cumplen con los requisitos de ingresos y de grupo familiar. Se requiere comprobante de ingresos brutos de todos los miembros del grupo familiar entro de los 45 días.
SE DEBE PROPORCIONAR VERIFICACIÓN DE **INGRESOS BRUTOS** PARA PROCESAR LA SOLICITUD

Nombre de la solicitante _____ Seguridad Social # _____

Direccion Fisica _____ Envio _____

Ciudad, St, Zip, Condado _____ Numero de Telefono _____

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

Lista de todas las miembros del hogar NOMBRE (Incluir Solicitante)	Tipo de cobertura médica	Relación con la solicitante	Fecha de nacimiento	Ingresos brutos estimados (antes de impuestos)	Fuente Número

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

1. Salarios
2. Desempleo
3. Seguridad social
4. Discapacidad
5. Pensiones/Jubilacion
6. Pensión alimentos
7. Otro

¿Tiene usted seguro médico o cobertura de seguro dental? No: _____ Sí: _____

Si es así, ¿de qué tipo? Seguro médico: _____ Seguro de enfermedad: _____ Seguro médico del estado: _____ Dental: _____

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Autorizo a AmberMed a verificar la información proporcionada para completar mi solicitud. Entiendo que podría tener que proporcionar documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar según la política del Programa de Descuento de Tarifas de Slide. Si alguna información proporcionada es inexacta, incompleta o falsa, seré responsable del saldo total y cualquier acuerdo de pago o descuento previo podría ser anulado.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

(Clinic Office Use Only)

Total Family Income: _____
Applicable Poverty Level: _____
Category (circle one): **A B C D E**
Nominal Fee: Med_____BH_____Den_____

Income Verification Type (circle one):
1040 W-2 Wage Statement Benefit Letter(s) Bank Statement(s)
Other: _____

App Completed Date: _____ Reviewed by: _____
Approval Date: _____ Approved by: _____
Effective Date: _____ Expiration Date: _____

Declaración única de ingresos

Declaración de Renta

Se requiere comprobante de ingresos para quienes soliciten asistencia financiera a través del Programa de Descuento de Tarifas Slide. Certifico, para mi primera visita, que mis ingresos son de ____ y que el número de personas en mi hogar es de ____. Acepto presentar mi información financiera antes de mi próxima visita a la clínica. Si mis ingresos o la situación de mi seguro cambian, me comunicaré con el personal de AmberMed de inmediato.

Nombre del paciente | Firma del responsable | Fecha

Sin declaración de renta

Se requiere comprobante de ingresos para quienes soliciten asistencia financiera a través del Programa de Tarifas Variables. Actualmente no cuento con ninguna fuente de ingresos. Si mis ingresos o mi seguro cambian, me comunicaré con el personal de AmberMed de inmediato.

Nombre del paciente | Firma del responsable | Fecha