



**HACKLEY COMMUNITY CARE**  
For Your Whole Life

**2700 Baker Street  
Muskegon Heights, MI. 49444  
231-737-1335**

Querido (a) \_\_\_\_\_:

En \_\_\_\_\_, usted pidió la Escala Móvil de cobro para reducir su pago a Hackley Community Care Center.

( ) Su ingreso excede las normas para este programa y sentimos mucho informarle que su solicitud ha sido negada. Si sus circunstancias cambian, por favor háganos saber y una nueva aplicación va a ser tomada.

( ) No recibimos suficiente información para procesar su aplicación.

( ) Su aplicación fue aprobada.

1. La tarifa reducida de Hackley Community Care Center para servicios médicos / OB / de salud mental será de \$ \_\_\_\_\_

2. La tarifa reducida de Hackley Community Care Center para los servicios de prevención dental es de \$ \_\_\_\_\_ y la tarifa reducida para los servicios dentales adicionales es de \$ \_\_\_\_\_. Comuníquese con el Departamento Dental con respecto a cualquier cargo adicional por servicios de laboratorio. Nota: Los procedimientos cosméticos no están cubiertos por el Programa de Escala de Tarifas Móviles.

- Servicios de Farmacia (Community Care Pharmacy): por favor contáctelos con respecto a su descuento.

Fecha de inicio de la Escala Móvil de Cobro: \_\_\_\_\_

Fecha de revision de La Escala Móvil de Cobro: \_\_\_\_\_

Su solicitud para el Programa de descuento de tarifa móvil se volverá a evaluar cada 12 meses para determinar la elegibilidad.

Para ayudar a identificar a nuestros pacientes de escala móvil de tarifas, se le entregará una tarjeta de escala de tarifas móvil.

Debe presentar su tarjeta de escala móvil de tarifas actual cada vez que reciba servicios en Hackley Community Care Center y Community Care Pharmacy. Los servicios cubiertos por la escala móvil de tarifas se le explicarán cuando recoja su tarjeta. MIEMBROS DE LA FAMILIA CUBIERTOS

FECHA DE NACIMIENTO


**Hackley Community Care**  
**Escala Móvil de Cobro (Sliding Fee Scale)**  
**Formulario de Verificación de Ingresos**

**Hackley Community Care Center se complace en ofrecer un programa de tarifas reducidas basado únicamente en el tamaño de la familia y los ingresos. También se puede tomar una solicitud de Medicaid en este tiempo.**

La solicitud para el Programa de Descuento de Tarifa Móvil se revisará anualmente para determinar la elegibilidad a menos que ocurran cambios en los ingresos o el tamaño de familia antes de ese tiempo.

Está usted recibiendo Medicaid o Medicare?   \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Nombre del Apicante \_\_\_\_\_ No. De Tel. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**CONDADO:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Apicante:** \_\_\_\_\_

Escriba los Miembros Familiares que dependan del ingreso:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Por favor diganos como escuchó a cerca de nuestro programa de la Escala Móvil de Cobro:**

\_\_\_renovar      \_\_\_ amigo      \_\_\_\_\_ otro

\_\_\_Empleado      \_\_\_ MCHP (El Proyecto de Salud del Condado De Muskegon)

Copia de declaraciones de impuestos, talones de cheque, y otra información verificando su ingreso pueden ser requeridas antes de que un descuento sea aprobado y debe ser proveído cuando se lo pidamos.

<b><u>Liste el ingreso total en su Casa:</u></b>	<b>Semanal</b>	<b>O</b>	<b>Mensual</b>	<b>=</b>	<b>Anual</b>
Salarios/Sueldo/Propinas.....	_____		_____		_____
Negocios/Ingresos de Granja.....	_____		_____		_____
Pago de Discapacidad.....	_____		_____		_____
Seguro Social.....	_____		_____		_____
Compensación del Desempleo.....	_____		_____		_____
Compensación Laboral.....	_____		_____		_____
Beneficios de la Unión.....	_____		_____		_____
Manutención .....	_____		_____		_____
Manutención de Menores.....	_____		_____		_____
Pensión/ Jubilación.....	_____		_____		_____
Ingresos netos de propiedades rentadas	_____		_____		_____
Trabajos ocasionales auto atestado	_____		_____		_____
<b>Total.....</b>	_____		_____		_____

**Liste los gastos de lo siguiente:**

Costos Médicos.....	_____		_____		_____
Costos de la Guardería.....	_____		_____		_____
Manutención de menores Pagada.....	_____		_____		_____
<b>Total.....</b>	_____		_____		_____

Entiendo que cualquier cambio de ingreso debe ser reportado entre treinta (30) días, y doy fé que ésta declaración de ingreso familiar anual es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento, y que todas las declaraciones hechas por mi en esta aplicación son ciertas.

Entiendo que la información está sujeta a verificación por Hackley Community Care y está sujeta a revisar agencias Federales y/o estatales y otras como sea requerido.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**HACKLEY COMMUNITY CARE CENTER  
SERVICIOS MEDICOS & DENTALES**

Yo \_\_\_\_\_ ahora no tengo ingreso. Voy a notificar a Hackley Community Care Center si hay algún cambio.

Si su ingreso es "0", por favor describa como satisface sus necesidades básicas como vivienda, artículos para el cuidado personal, comida, transporte, etc:

---

---

---

Por favor liste cuanto está recibiendo del Departamento de Servicios Humanos DHS si alguno:

Asistencia de Comida \$ \_\_\_\_\_

Asistencia en Efectivo \$ \_\_\_\_\_

Hoja de Cálculo de la Escala Móvil de Cobro

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE FINALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_ REGRESARSE A: \_\_\_\_\_

NOTAS:

---

---

VERIFICACIÓN:

\_\_\_\_\_ Identificación

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_ Paciente Adolescente

\_\_\_\_\_ Auto-declaración usada para elegibilidad

---

CALCULACIÓN DE INGRESOS:

Nivel: \_\_\_\_\_

Co-pago que el Cliente Paga \$ \_\_\_\_\_

---

**Firma del Preparador**