



Hackley Community Care Center
 2700 Baker Street
 Muskegon Heights, MI. 49444
 231-737-1335

Querido (a) _____:

El _____, 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.
- () Su aplicación fue aprobada.
 - Por el cuidado Médico/OB de Hackley Community Care su co-pago va a ser \$_____
 - Su co-pago de Hackley Community Care Dental va a ser un mínimo de \$15.00 y usted va a estar en el nivel_____. Por favor contacte los servicios dentales con respecto a su cambio.
 - 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: _____

Para ayudar a identificar a los pacientes de la Escala Móvil de Cobro, a usted se le dará una tarjeta. Su firma es requerida para obtener una tarjeta para usted o sus hijos menores de edad.

Usted tiene que presentar su tarjeta de la Escala Movil de Cobro cada vez que usted reciba servicios en Hackley Community Care, Community Care Pharmacy, y los Hospitales de Mercy y Hackley. Los servicios que cubre la tarjeta de la Escala Móvil de Tarifa van a ser explicados a usted cuando recoja su tarjeta.

Gracias,

Los Empleados de Hackley Community Care

MIEMBROS DE LA FAMILIA CUBIERTOS	FECHA DE NACIMIENTO

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

El centro de Hackley Community Care ofrece a sus pacientes una ESCALA MOVIL DE COBRO para los cobros de pacientes determinado por el tamaño de la familia y el ingreso. Una aplicación de Medicaid puede ser recibida al mismo tiempo.

La aplicación para la Escala Móvil de Cobro va a ser revisada anualmente para determinar la elegibilidad.

Está usted recibiendo Medicaid o Medicare? ____ Sí ____ No

Nombre del Aplicante _____ No. De Tel. _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

CONDADO: _____

Fecha de Nacimiento del Aplicante: _____

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.

<u>Liste el ingreso total en su Casa:</u>	Semanal	o	Mensual	=	Anual
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.....	_____		_____		_____
Total.....	_____		_____		_____

Liste los gastos de lo siguiente:

Costos Médicos.....	_____		_____		_____
Costos de la Guardería.....	_____		_____		_____
Manutención de menores Pagada.....	_____		_____		_____
Total.....	_____		_____		_____

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