

Solicitud de Tarifa Subsidiada Certificación de Elegibilidad del Cliente

I. Por favor, responda a toda las preguntas con letras de molde.

Yo comprendo que United Health Centers, recibe fondos federales bajo la Sección 330 de la ley Public Health Services Act para ayudar a subsidiar el costo de servicios a pacientes cuyo ingreso bruta documentado esté por debajo del 200 por ciento del nivel de pobreza federal actual para el tamaño de la familia de dicho paciente.

Yo comprendo que estos subsidios son solamente para los pacientes quo reúnan los requisitos de elegibilidad y que los reglamentos federales requieren que United Health Centers, certifique anualmente mi elegibilidad para recibir servicios subsidiados y que documente esta certificación en mi registro permanente.

Yo estoy de acuerdo en informar a United Health Centers sobre cualquier cambio en mi estado de ingresos/aseguranza incluso, si obtengo aseguranza de partidos terceros, Medi-Cal, Medicare y/o cual quier plan de seguro medico o farmacéutico que pueda hacer que se termine mi elegibilidad para el subsidio.

Yo comprendo que los reglamentos federales exigen que United Health Centers cobre por lo menos una tarifa nominal por los servicios prestados.

Yo comprendo que soy responsable por todos los cargos. En el futuro, United Health Centers puede recusarse a proveer servicios médicos que no sean de emergencia. Conociendo estas limitaciones Yo, por medio del presente documento solicito servicios médicos subsidiados en United Health Centers.

Healtl	1 Cente	rs.										
famili	Anote inmediatamentelos miembros de la familia que viven con Ud. y que son mantenidos con el ingreso familiar.			arentesc Ud	o con	Fecha De Nacimiento	Fuente del ingreso		Seguro Social	Ingreso Bruto Mensual (antes de impuestos o descuentos)		
				USTE	D							
									Ingreso Bruto Mensual Total:			
III. Cober	tura Fina	anciera para Cuidado de la Salud							Titalibuur Totui.			
A. Tiene Ud. algo de lo siguiente:							В.		aran a Ud. como dependie ge tienen seguro médico p			us padres o
S	í No)	Sí	No				Sí	No Sí respondió Sí,	especifiq	ue la cobe	rtura:
		Militar			Segu	ro Médico						
		Plan de Salud Prepago			Med	i-Cal	C.		pondió Sí, a alguno de los			
	Servicios de Salud para Estudiantes				Adul Indig	to Médicamen gente	te	por qué los fondos de tarifas con subsidio son necesarios para este cliente:				
					Segu	ro Dental	D		E WM E C 10		G'	NI
							D.	¿Aigu	na vez solicitó Medi-Cal?		Sí	No
		nters, se reserva el derecho de quiere que las personas que ga										
				_		-	-		•		-	
Su ingreso bruto anual documentado es \$						Ei tama	no de su ian	iiiia do	cumentado es:	1 4		
Por lo antedicho Ud. califica para \$ \$ \$ Dental					\$Ont	ometria	S	de copago ropráctica	nasta: _			
puede const	ituiré un	que yo proveí a United Health Co delito federal. Y también Yo doy camentos que nos proveen product	mi coi	es verdad nsentimie	dera y co ento para	orrecta, confor a que mi infori	me a mi mejo	r saber	y entender. Yo entiendo q			
Firma del Paciente						Fec	ha					
I certifico qu	ie este c	liente es (marque uno) ☐ Eligible	: □ N	o es Eleg	ible par	ticipar del pro	grama de serv	icios de	e tarifa subsidiada:		hasta	
Firma del Representante de la Agencia						Fec	ha					
Supervisor/Manager						Fec	ha					



Programa de Reducción de Cargos de United Health Centers

Gracias por solicitar el programa de reducción de cargos de United Health Centers. El objetivo de nuestro programa de reducción de cargos es ofrecerles a nuestros pacientes acceso de bajo costo a servicios médicos, dentales y de farmacia. Luego de presentar la solicitud para el programa de reducción de cargos, nuestro personal hará una evaluación de los ingresos suyos y de su familia inmediata, y de otras opciones de pago que pueden estar disponibles, como Medi-Cal o Medicare.

Si usted califica para el programa de reducción de cargos, recibirá los siguientes servicios a una tarifa con descuento:

- Visitas a proveedores médicos
- Análisis de laboratorio
- Radiografías
- Servicios de salud mental
- Visitas dentales para la mayoría de los servicios dentales
- 70% de descuento en medicamentos recetados
- Visitas de Optometria para la mayoría de los servicios de optometria
- Visitas al Quiropráctico

En este paquete, encontrará la solicitud que deberá completar para el programa de reducción de cargos y lo que necesita para calificar para este programa. Es muy importante que proporcione toda la información solicitada a nuestro personal para procesar su solicitud en forma oportuna. Cualquier información actualizada deberá ser proporcionada a United Health Centers a más tardar cada 12 meses. Además, se espera que los pagos del programa de reducción de cargos se efectúen en el momento del servicio.

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en consultar a cualquiera de los miembros de nuestro personal.

Muchas gracias y esperamos suministrarles cuidados a usted y a su familia.

United Health Centers