

## Programa de Descuento de Tarifa Variable

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 15 de julio de 2024

POLÍTICA: Poner a disposición servicios gratuitos o con descuento para aquellos que los necesiten.

PROPÓSITO: Todos los pacientes que buscan servicios de atención médica en Goodland Family Health Center (GFHC) tienen la seguridad de que serán atendidos independientemente de su capacidad de pago. A nadie se le niega el servicio por falta de medios económicos para pagarlo. Este programa está diseñado para brindar atención gratuita o con descuento a aquellos que no tienen medios, o tienen medios limitados, para pagar sus servicios médicos y de salud conductual (sin seguro o con seguro insuficiente). GFHC ofrecerá un Programa de Descuento de Tarifa Variable a todos los que no puedan pagar por sus servicios.

GFHC basará la elegibilidad del programa en la capacidad de pago de una persona y no discriminará en función de la raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o identidad de género de una persona. Las Pautas Federales de Pobreza se utilizan para crear y actualizar anualmente la lista de tarifas móviles para determinar la elegibilidad.

PROCEDIMIENTO: Se deben seguir las siguientes pautas al proporcionar el Programa de Descuento de Tarifa Variable.

1. Notificación: GFHC notificará a los pacientes sobre el Programa de Descuento de Tarifa Variable de la siguiente manera:
  - El folleto de la póliza de pago estará disponible para todos los pacientes en el momento del servicio.
  - Una explicación de nuestro Programa de Descuento de Tarifa Variable y nuestro formulario de solicitud están disponibles en el sitio web de Goodland Regional Medical Center.
  - GFHC publicará una notificación del Programa de Descuento de Tarifa Variable en la sala de espera de la clínica.
2. Solicitud de descuento: Las solicitudes de servicios con descuento pueden ser realizadas por pacientes, familiares, personal de servicios sociales u otras personas que estén al tanto de las dificultades financieras existentes. El Programa de Descuento de Tarifa Variable solo estará disponible para visitas a la clínica. La información y los formularios se pueden obtener en la recepción y en la oficina comercial.
3. Administración: El procedimiento del Programa de Descuento de Tarifa Variable se administrará a través del Gerente de la Oficina Comercial o su designado. Se proporcionará a los pacientes información sobre la política y el procedimiento del Programa de Descuento de Tarifa Variable. El personal debe ofrecer asistencia para completar la solicitud. Se respetará la dignidad y la confidencialidad de todas las personas que soliciten y/o reciban servicios de atención médica.
4. Finalización de la solicitud: El paciente/parte responsable debe completar la solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable en su totalidad. El personal estará disponible, según sea necesario, para ayudar al paciente/parte responsable con las solicitudes. Al firmar la solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable, las personas confirman sus ingresos a GFHC como se indica en el formulario de solicitud.
5. Elegibilidad: Los descuentos se basarán únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia. *No se puede utilizar ningún otro factor (por ejemplo, activos, solicitud y/o cobertura de seguro, ciudadanía, tipo de población) para evaluar la elegibilidad. GFHC no requiere una solicitud de Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o prueba de denegación antes de permitir que un paciente presente una solicitud y sea elegible para el Programa de Descuento de Tarifa Variable.*
  - La familia se define como: un grupo de dos personas o más (una de las cuales es el cabeza de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas; Todas estas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionada) se consideran miembros de una familia. GFHC también aceptará miembros del hogar no relacionados al calcular el tamaño de la familia.

- Los ingresos incluyen: salarios brutos; Salarios; Consejos; ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia; compensación por desempleo; compensación de trabajadores; Seguridad social; Seguridad de Ingreso Suplementario; pagos a veteranos; prestaciones de supervivencia; ingresos de pensión o jubilación; interés; Dividendos; derechos de autor; ingresos de propiedades de alquiler, fincas y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia desde fuera del hogar; y otras fuentes misceláneas.
6. Verificación de ingresos: Los solicitantes pueden proporcionar uno de los siguientes: W-2 del año anterior, dos talones de pago más recientes, carta del empleador o Formulario 4506-T (si no se presentó el W-2). Las personas que trabajen por cuenta propia deberán presentar detalles de los tres meses más recientes de ingresos y gastos para el negocio. Se debe proporcionar información adecuada para determinar la elegibilidad para el programa. Se puede utilizar la autodeclaración de ingresos. Los pacientes que no puedan proporcionar una verificación por escrito pueden proporcionar una declaración de ingresos firmada.
  7. Descuentos: Aquellos con ingresos iguales o inferiores al 100% de la pobreza recibirán un descuento completo del 100% para los servicios de atención médica. Aquellos con ingresos superiores al 100% de la pobreza, pero iguales o inferiores al 200% de la pobreza, se les cobrará una tarifa nominal de acuerdo con la tabla de tarifas móviles adjunta. El programa de tarifas variables se actualizará durante el primer trimestre de cada año calendario con las últimas Pautas Federales de la Línea de Pobreza.
  8. Tarifa nominal: A los pacientes con ingresos superiores al 100% de la pobreza, pero igual o inferior al 200%, se les cobrará una tarifa nominal de acuerdo con la tabla de tarifas móviles adjunta y en función del tamaño de su familia y sus ingresos. Sin embargo, a los pacientes no se les negarán los servicios debido a la incapacidad de pago. La tarifa nominal no es un umbral para recibir atención y, por lo tanto, no es una tarifa mínima ni un copago.
  9. Exención de cargos: En ciertas situaciones, es posible que los pacientes no puedan pagar la tarifa nominal o de descuento. La exención de cargos debe ser aprobada por el funcionario designado de GFHC. Cualquier renuncia a los cargos debe documentarse en el expediente del paciente junto con una explicación.
  10. Notificación al solicitante: La determinación del Programa de Descuento de Tarifa Variable se proporcionará al (los) solicitante (s) por escrito e incluirá el porcentaje de cancelación del Programa de Descuento de Tarifa Variable o, si corresponde, el motivo de la denegación. Si la solicitud se aprueba por menos del 100% de descuento o se deniega, GFHC trabajará con el paciente y/o la parte responsable para establecer acuerdos de pago. Las solicitudes del Programa de Descuento de Tarifa Variable cubren los saldos pendientes de los pacientes durante los seis meses anteriores a la fecha de solicitud y cualquier saldo incurrido dentro de los 12 meses posteriores a la fecha aprobada, a menos que su situación financiera cambie significativamente. El solicitante tiene la opción de volver a presentar una solicitud después de que hayan expirado los 12 meses o en cualquier momento en que haya habido un cambio significativo en los ingresos familiares. Cuando el solicitante vuelva a presentar una solicitud, el período retrospectivo será el menor de seis meses o el vencimiento de su última solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable.
  11. Negativa a pagar: Si un paciente expresa verbalmente que no está dispuesto a pagar o abandona las instalaciones sin pagar los servicios, se comunicará con el paciente por escrito con respecto a sus obligaciones de pago. Si el paciente no está en la lista de tarifas móviles, se enviará una copia de la solicitud del programa de descuento de tarifa variable con el aviso. Si el paciente no se esfuerza por pagar o no responde dentro de los 60 días, esto constituye una negativa a pagar. En este momento, GFHC puede explorar opciones que no se limitan a, sino que incluyen ofrecer al paciente un plan de pago, renunciar a los cargos o remitir al paciente a cobranzas.
  12. Mantenimiento de registros: La información relacionada con las decisiones del Programa de Descuento de Tarifa Variable se mantendrá y preservará en un archivo confidencial centralizado ubicado en la Oficina del Gerente de la Oficina de Negocios, en un esfuerzo por preservar la dignidad de aquellos que reciben atención gratuita o con descuento.

- Los solicitantes que hayan sido aprobados para el Programa de Descuento de Tarifa Variable se registrarán en el sistema de gestión de prácticas de GFHC, anotando los nombres de los solicitantes, las fechas de cobertura y el porcentaje de cobertura.
  - El Gerente de la Oficina Comercial mantendrá un registro mensual adicional que identifique a los destinatarios del Programa de Descuento de Tarifa Variable y los montos en dólares. También se registrarán las denegaciones y las solicitudes no devueltas.
13. Revisión de políticas y procedimientos: El Programa de Tarifas Variables se actualizará en función de las Pautas Federales de Pobreza actuales. GFHC también revisará los posibles cambios en nuestra política y procedimientos, y examinará las prácticas institucionales que pueden servir como barreras que impiden que los pacientes elegibles tengan acceso a nuestras disposiciones de atención comunitaria.
14. Presupuesto: Durante el proceso de presupuesto anual, se colocará en el presupuesto una cantidad estimada del servicio del Programa de Descuento de Tarifa Variable como una deducción de los ingresos.

#### ACCESORIOS

- Programa de tarifas variables 2024
- Solicitud del paciente para el Programa de Descuento de Tarifa Variable

SOLICITUD PARA PACIENTES DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Es política de Goodland Family Health Center (GFHC) proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. GFHC ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos comprados desde el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos, la interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor y otros servicios similares. Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre		SS #	
Dirección		Teléfono	

Enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años.

	Nombre	Fecha de nacimiento	Seguro/Pago por cuenta propia
Propio			
Otro			
Otro			
Otro			
Otro			
Otro			
Otro			

Si no tiene seguro, ¿tiene una solicitud de seguro pendiente?    Sí    No

Fuente	Propio	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos para veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación			
Interés; Dividendos; derechos de autor; ingresos de propiedades de alquiler, fincas y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia desde fuera del hogar; y otras fuentes misceláneas			
<b>INGRESOS TOTALES</b>			

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta.

Nombre(en                    letra                    de                    imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CENTRO MÉDICO REGIONAL DE GOODLAND**

**APLICACIÓN DE ESCALA MÓVIL DE TARIFAS**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

CÓNYUGE/PADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO:¿ \_\_\_\_\_ DO TIENE SEGURO? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**NECESITAREMOS SUS TALONES DE CHEQUES DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA**

**INGRESOS DEL HOGAR: SUELDOS BRUTOS, SALARIOS, PROPINAS, ETC.**

NOMBRE	IMPORTE	FRECUENCIA	EMPLEADOR
_____	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO	_____
_____	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO	_____
_____	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO	_____
_____	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO	_____
_____	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO	_____
TOTAL	\$ _____		

**OTROS INGRESOS, INCLUIDOS LOS DEPENDIENTES:**

TRABAJO POR CUENTA PROPIA	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO
SEGURIDAD SOCIAL/ASISTENCIA PÚBLICA	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO
DESEMPLEO/COMPENSACIÓN LABORAL/PENSIÓN	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO
MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS/PENSIÓN ALIMENTICIA	\$ _____	SEMANA/MES/AÑO
TOTAL	\$ _____	
TOTAL DE TODOS LOS INGRESOS	\$ _____	

TAMAÑO DEL HOGAR (CABEZA DE HOGAR, CÓNYUGE, DEPENDIENTES)

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**LA VERIFICACIÓN DEBE RECIBIRSE DENTRO DE LOS 14 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE SOLICITUD. SUS INGRESOS ANUALES Y EL TAMAÑO DE SU FAMILIA SE UTILIZARÁN PARA CALCULAR SU DESCUENTO.**

POR LA PRESENTE, JURO O AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. ACEPTO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN ENGAÑOSA O FALSIFICADA, Y/U OMISIONES PUEDEN DESCALIFICARME PARA SER CONSIDERADO PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES Y ME SOMETERÁN A SANCIONES BAJO LA LEY FEDERAL QUE PUEDEN INCLUIR MULTAS Y ENCARCELAMIENTO. ADEMÁS, ACEPTO INFORMAR A GOODLAND REGIONAL MEDICAL CENTER/GOODLAND FAMILY HEALTH CENTER SI HAY UN CAMBIO SIGNIFICATIVO EN MIS INGRESOS. SI SE OBTIENE LA ACEPTACIÓN AL PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE BAJO ESTA SOLICITUD, CUMPLIRÉ CON TODAS LAS REGLAS Y REGULACIONES DE GOODLAND REGIONAL MEDICAL CENTER/GOODLAND FAMILY HEALTH CENTER. POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE LEÍ LA DIVULGACIÓN ANTERIOR Y LA ENTIENDO.

FECHA \_\_\_\_\_ NOMBRE (EN LETRA IMPRESA) : \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

DESCUENTO APROBADO: \_\_\_\_\_

APROBADO POR: \_\_\_\_\_

FECHA DE APROBACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE CADUCIDAD \_\_\_\_\_

NOTAS: