

## **Plan de descuento según los ingresos económicos** *Sliding Scale Discount Program*

Mosaic Medical tiene la misión de mejorar la salud y bienestar de los individuos, las familias y las comunidades que servimos que están al 200 por ciento o menos del nivel federal de pobreza. Creemos en el cuidado de calidad para todos y luchamos por minimizar barreras financieras para nuestros pacientes cuando se trata de cuidado médico. Mosaic Medical proporciona un Plan de descuento según los ingresos a todo paciente sin importar si tiene seguro médico o no, o si su cobertura no es suficiente. Si usted es elegible para nuestro Plan de descuento, podría calificar para cuidado gratis o a bajo costo, aun si ya tiene seguro médico.

### **¿Qué cubre el Plan de descuento según los ingresos económicos?**

Nuestro Plan de descuento según los ingresos se aplica a todos los programas y servicios de Mosaic Medical. No importa si es cuidado de salud médico, dental o mental, tendrá cobertura. Los pacientes elegibles para el Plan de descuento pagarán el monto establecido por su categoría de elegibilidad. Cada programa puede tener diferentes tarifas. El Plan de descuento permanecerá en vigencia por un año.

**Si le aprobamos, pedimos que nos comuniqué cualquier cambio de ingreso, domicilio o datos de contacto dentro de 10 días después del cambio al departamento de facturación llamando al 541-617-5369.**

### **¿Qué se requiere para solicitar el Plan de descuento según los ingresos?**

- Proporcionar comprobantes actuales de los ingresos *brutos* del hogar
  - Se requiere para todos los que viven en el hogar mayores de 18 años de edad.
- Llenar, firmar y fechar la solicitud
- Devolver la solicitud

Tiene varias opciones disponibles para devolver la solicitud completada para revisión. La solicitud del Plan de descuento y toda la documentación requerida se pueden:

1. Regresar a la clínica de Mosaic Medical en la que le atienden
2. Enviar por correo: Mosaic Medical 600 SW Columbia Drive Bend, OR 97702
3. Enviar por Fax: 541-383-1883

Si necesita ayuda para llenar la solicitud del Plan de descuento o si tiene alguna pregunta o preocupación, contacte al Servicio al cliente al 541-383-3005.

Al devolver esta solicitud usted ha autorizado a Mosaic Medical a verificar la información que proporcionó. Si su solicitud está completa, la revisaremos para determinar su elegibilidad. Le avisaremos si se requiere información adicional para tramitar su solicitud. Le avisaremos del estado dentro de 14 días naturales de recibirla.

## Documentos comprobantes de ingreso *Proof of Income Documentation*

Los pacientes que eligen solicitar el Plan de descuento según los ingresos deben proporcionar comprobantes de ingresos. Consulte la lista de abajo y proporcione los documentos más recientes para todas las situaciones que correspondan.

**\*\*Si declara que no tiene ingresos – usted debe incluir una declaración que explique cómo se mantiene\*\***

<b>Declaraciones de impuestos aceptables</b>	<p>Se puede obtener una copia de su declaración de impuestos más reciente llamando al IRS al (800)829-1040 o en línea al <a href="http://www.irs.gov/es/individuals/Get-Transcript">http://www.irs.gov/es/individuals/Get-Transcript</a>. Si no declara impuestos, le pediremos proporcionar una explicación de la razón.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1040</li> <li>• 1040A</li> <li>• 1040EZ</li> <li>• 1040 NR</li> <li>• SSA-1099</li> <li>• W-2</li> </ul>	
<b>Salario/Sueldo</b>	<p>Se piden 3 meses consecutivos de talones de cheque – se requiere un mínimo de 1 mes. Deben ser los talones de cheque más recientes. <b>O si no</b> Proporcione una carta de su empleador, si es que no puede proporcionar 3 meses consecutivos de talones de cheque – mínimo de 1 mes.</p>
<b>Seguro social por incapacidad Seguro social por jubilación Seguridad de ingreso suplementario (SSI)</b>	<p>Se puede obtener una declaración de beneficios de la Social Security Administration llamando al 1-800-772-1213. <b>O si no</b> Vaya a la oficina de seguro social y pida una copia.</p>
<b>Ayudas económicas para estudiantes</b>	<p>Visite el sitio web <a href="http://fafsa.gov">fafsa.gov</a> y acceda su Informe de Ayuda Estudiantil (<i>SAR</i> por sus siglas en inglés) para imprimir una copia.</p>
<b>Beneficios de alimentos/SNAP/TANF</b>	<p>Se puede obtener una declaración de beneficios del Departamento de Servicios Humanos local. Bend (541) 388-6010 Redmond (541) 548-5547 Prineville (541) 447-3851 Madras (541) 475-6131 Warm Springs (541) 553-1626</p>
<b>Pensión alimenticia</b>	<p>Copia de 3 cheques mensuales <b>O si no</b> Declaración de adjudicación de la corte que indica el monto y plazo de validez <b>O si no</b> Declaración de la agencia del Cumplimiento del Sustento de Menores <b>O si no</b> Declaración del abogado que indica el monto y plazo de validez</p>
<b>Asistencia para la vivienda</b>	<p>Contacte a la agencia de vivienda pública (<i>PHA</i> por sus siglas en inglés) en Redmond al (541) 923-1018.</p>
<b>Indemnización laboral</b>	<p>Se puede obtener una declaración de beneficios por la agencia de indemnización laboral que se encarga de su reclamación. Necesitará documentos que indican el monto y plazo en que se recibe este ingreso.</p>
<b>Ingreso por trabajo autónomo</b>	<p>El 1040 más reciente <b>O si no</b> 3 meses consecutivos de talones de cheque favorecido</p>
<b>Otro</b>	<p>Cualquier declaración de beneficios; copia de 3 meses de cheque(s), explicación escrita o una declaración judicial.</p>

## Declaración de elegibilidad para el plan de descuento según los ingresos económicos *Sliding Scale Eligibility Declaration*

Si la solicitud está incompleta, no se puede tramitar y se le devolverá.  
*An incomplete application is unable to be processed and will be returned to you.*

<b>Fecha de hoy:</b> /    / <i>Today's Date</i>				
<b>Nombre:</b> <i>First Name</i>		<b>Segundo nombre:</b> <i>Middle</i>		<b>Apellido:</b> <i>Last Name</i>
<b>Domicilio:</b> <i>Physical Address</i>			<b>Ciudad:</b> <i>City</i>	<b>Estado:</b> <i>State</i>
<b>Dirección postal (si es diferente al domicilio):</b> <i>Mailing Address (If different than above)</i>			<b>Ciudad:</b> <i>City</i>	<b>Código postal:</b> <i>Zip</i>
<b>Teléfono principal:</b> <i>Primary Phone #</i>			<b>Otro o teléfono de mensajes:</b> <i>Other or Message Phone #</i>	

**Incluya a todos los miembros del hogar. Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben divulgar sus ingresos.**  
*List all household members. All household members over the age of 18 must disclose their income.*

#	Nombre del miembro del hogar <i>Name of Household Member</i>	Parentesco <i>Relationship</i>	Fecha de nacimiento <i>Date of Birth</i>	Ingreso mensual bruto total <i>Total Gross Monthly Income</i>	Para uso interno de la oficina <i>Office Use Only MRN</i>
1		Yo <i>Self</i>	/    /		
2			/    /		
3			/    /		
4			/    /		
5			/    /		
6			/    /		

\*Favor de agregar familiares adicionales en el reverso\*

\*Please add additional family members on back\*

**Comentarios** *(Comments):*

---



---

Al firmar a continuación, usted certifica que la información divulgada es verdadera y correcta según su mejor conocimiento. Los miembros del hogar incluidos en esta solicitud saben que ha proporcionado su nombre e información. Mosaic Medical se reserva el derecho de verificar la información proporcionada en esta solicitud y puede obtener información de otras fuentes para determinar la elegibilidad de su familia.

*By signing below, you attest that the information you disclosed is true and correct to the best of your knowledge. The household members listed on this application are aware that their name and information have been provided. Mosaic Medical reserves the right to verify the information provided on this application and may obtain information from other sources to determine your household eligibility.*

**Nombre del solicitante (letra de imprenta):** \_\_\_\_\_  
*Applicant Name (please print)*

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*Applicant Signature: Date:*

-----OFFICE USE ONLY SECTION – Para uso interno de la oficina -----					
<b>Total Annual Earnings:</b>		<b>Effective Dates:</b>			
<b>Employee Signature:</b>					<b>Date Given:</b> _____
					<b>Date Due:</b> _____
<b>Class A:</b>	<b>B:</b>	<b>C:</b>	<b>D:</b>	<b>E:</b>	<b>Date Received:</b> _____



## Derechos y responsabilidades del paciente con el plan de descuento según los ingresos económicos

### *Sliding Scale Program Patient Rights and Responsibilities*

1. Todo paciente puede solicitar al programa sin importar si tiene seguro médico o no.  
*1. All patients may apply for the program whether or not you have insurance.*
2. El número de miembros del hogar son todas las personas que viven en su hogar que dependen de los mismos recursos financieros. Se requiere que todos en el hogar mayores de 18 años proporcionen una copia de declaraciones de impuestos, comprobantes de ingresos actuales o una declaración firmada.  
*2. The household size is everyone in the house living off of the same financial resources. Anyone residing in household over the age of 18 is required to provide a copy of tax returns, current proof of income, or a signed statement.*
3. No se garantiza la aceptación al programa. Se revisará su solicitud y se le avisará. Si es aprobado para el programa, se debe pagar por servicios a la hora de las visitas.  
*3. Acceptance into the program is not guaranteed; your application will be reviewed and notification provided. If approved for the program, payment for services is due at the time of the visits.*
4. Se prefiere que los pacientes entreguen la solicitud completa con todos los comprobantes de ingresos antes de recibir cuidado médico. Si esto no es posible, entregue la solicitud dentro de 14 días naturales. Las solicitudes recibidas después de 14 días naturales entrarán en vigencia a partir de la fecha de recepción. Se espera el pago completo por servicios no cubiertos por el programa.  
*4. We prefer patients turn in a complete application with all proof of income before receiving care. If that is not possible, applications are due within 14 calendar days. Applications received after 14 calendar days will be considered effective the date they are received. Full payment for services not covered by the program will be expected.*
5. Los pacientes pueden volver a solicitar el programa en cualquier momento. Cada solicitud se documentará y el requisito de los 14 días naturales comenzará de nuevo.  
*5. Patients may re-apply for the program at any time. Each application will be documented and the 14 calendar day requirement will re-start.*
6. No todos los servicios proporcionados en la clínica son cubiertos por este programa. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son:  
**a. Exámenes físicos relacionados con el trabajo-licencia de manejar comercial (CDL), prueba de drogas, inmigración**  
**b. Servicios de análisis externos (St. Charles, CORA, Central Oregon Pathology)**  
*6. Not all services provided in the clinic are covered under this program. Some examples of non-covered services are:*  
**a. Work related physicals-CDL's, drug screens, INS physicals**  
**b. External lab testing services (St. Charles, CORA, Central Oregon Pathology)**
7. El avalista de esta cuenta es responsable de los pagos pendientes de todas las personas incluidas en esta solicitud. Si la cuenta se envía a una agencia de cobros, usted es responsable de todos los saldos de cuenta y cargos de la agencia de cobros.  
*7. The guarantor of this account is responsible for payments due for anyone listed on this application. If the account is sent to a collection agency, you are responsible for all collection agency account balances and fees.*
8. No daremos copias de los documentos proporcionados con esta solicitud.  
*8. We will not provide copies of the documents provided with this application.*
9. Es posible que necesitemos información adicional para verificar sus ingresos o el tamaño de su familia.  
*9. We may need additional information to verify your income or household size.*
10. Se debe notificar a Mosaic Medical de inmediato de cualquier cambio en ingresos, situación de vivienda o estatus de seguro médico del paciente. Si no se notifica a Mosaic Medical de los cambios, es posible que el paciente ya no sea elegible para el programa.  
*10. Any changes to a patient's income, living arrangements, or insurance status must be shared with Mosaic Medical immediately. If Mosaic Medical is not notified of changes, patient may no longer be eligible for the program.*



-----ATENCIÓN-----	-----PLEASE NOTE-----
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No entregue documentos originales. No se le van a regresar.</li> <li>• El completar esta solicitud no garantiza que califique para el Plan de descuento según los ingresos.</li> <li>• Usted todavía es responsable de pagar cualquier saldo pendiente que tenga. Este programa solo se aplica a cargos generados después de calificar.</li> <li>• Le avisarán del estado de su solicitud dentro de 14 días naturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do not send in original documents; they will not be returned.</li> <li>• Completion of this application is not a guarantee that you will qualify for the Sliding Scale discount program.</li> <li>• Any outstanding balance you owe will still be your responsibility to pay. This program only applies to charges incurred once you are approved.</li> <li>• You will be notified of application status within 14 calendar days.</li> </ul>

Al firmar a continuación, autorizo a Mosaic Medical a verificar la información en la solicitud y confirmo que he leído y entiendo los Derechos y responsabilidades del paciente. Además, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

*By signing below I authorize Mosaic Medical to verify the information on the application and confirm that I have read and understand the Patient Rights and Responsibilities. I also acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.*

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante  
*Signature of Applicant*

\_\_\_\_\_  
Fecha  
*Date*

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante en letra de imprenta  
*Printed name of the applicant*