

## **Plan de descuento según los ingresos económicos**

### *Sliding Scale Discount Program*

La misión de Mosaic Community Health es mejorar la salud y bienestar de los individuos, las familias y las comunidades que servimos que están al 200% o menos del nivel federal de pobreza. Creemos en el cuidado de calidad para todos y luchamos por minimizar barreras financieras cuando se trata de cuidado médico. Mosaic 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 descuento, podría calificar para cuidado gratis o a bajo costo.

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

Nuestro Plan de descuento corresponde a todo servicio de salud médico, dental o mental. Los pacientes que califican para el descuento pagarán el monto establecido por su categoría de elegibilidad. Cada programa puede tener diferentes tarifas. El 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 al departamento de facturación llamando al 541-617-5369.**

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

- Comprobantes actuales de los ingresos netos por familia (después de impuestos y deducciones)
  - Se requiere para todos los de la familia mayores de 18 años de edad.
- Llenar, firmar y fechar la solicitud
- Devolver la solicitud por alguno de los siguientes métodos:
  - Regresar a su clínica de Mosaic.
  - Enviar por correo a: Mosaic Community Health PO Box 6679  
Portland, OR 97228-66793.
  - Enviar por Fax al: 541-383-1883.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o si tiene alguna duda, contacte a nuestro Servicio al cliente al 541-383-3005.

Al devolver esta solicitud, usted autoriza a Mosaic Community Health a verificar la información que proporcionó. Revisaremos solicitudes completas para ver la elegibilidad. Le avisaremos si es necesario dar información adicional. Dentro de 14 días naturales después de recibirla, le avisaremos del estatus.

## Comprobantes de ingresos

### *Proof of Income Documentation*

Consulte la lista abajo y proporcione los documentos más recientes para toda situación que corresponda.

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

<b>Declaraciones de impuestos aceptables</b>	<p>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>.</p> <p>Si no declara impuestos, se pide una explicación de la razón.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1040</li> <li>• 1040 NR</li> <li>• 1040 SR</li> <li>• SSA-1099</li> <li>• W-2</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Salario/Sueldo</b></p>	<p>Se piden 3 meses consecutivos de los talones de cheque más recientes – como mínimo de 1 mes.</p> <p><b>O</b> Proporcione una carta de su empleador.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Seguro social por incapacidad Seguro social por jubilación Seguridad de ingreso suplementario (SSI)</b></p>	<p>Puede obtener una declaración de beneficios de la Administración del Seguro Social llamando al 1-800-772-1213.</p> <p><b>O</b> Puede ir a la oficina de seguro social y pedir una copia.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Ayudas económicas para estudiantes</b></p>	<p>Visite el sitio web <a href="http://fafsa.gov">fafsa.gov</a> y acceda a su Informe de Ayuda Estudiantil (SAR por sus siglas en inglés) para imprimir una copia.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Pensión para menores o cónyuges</b></p>	<p>Copias de 3 cheques mensuales</p> <p><b>O</b> Declaración de adjudicación de la corte que indica el monto y plazo de validez</p> <p><b>O</b> Declaración de la Agencia de cumplimiento del sustento de menores</p> <p><b>O</b> Declaración del abogado que indica el monto y plazo de validez</p>
<p style="text-align: center;"><b>Asistencia para la vivienda</b></p>	<p>Contacte a la Agencia de vivienda pública en Redmond al (541) 923-1018 (en inglés: Public Housing Authority).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Indemnización laboral</b></p>	<p>Puede obtener una declaración de beneficios de 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>
<p style="text-align: center;"><b>Ingreso por trabajo autónomo</b></p>	<p>El 1040 más reciente</p> <p><b>O si no</b> 3 meses consecutivos de talones de cheque</p>
<p style="text-align: center;"><b>Otro</b></p>	<p>Cualquier declaración de beneficios; copias 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 que contribuyen al ingreso familiar. Todos los 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 neto total <i>Total Gross Monthly Income</i>	<i>Para uso interno de la oficina</i> Office Use Only MRN
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\**



Al firmar a continuación, usted certifica que la información divulgada es verdadera y correcta según su mejor conocimiento. También certifica que los miembros del hogar incluidos en esta solicitud saben que ha proporcionado su nombre e información. Mosaic 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 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 en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

*Printed Name of Applicant:*

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

*Signature of Applicant*

**Fecha:** \_\_\_\_\_

*Date:*

-----OFFICE USE ONLY SECTION – Solo para el uso interno -----					
<b>Total Annual Earnings:</b>		Effective Dates:			
<b>Approver 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 el 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 su declaración de impuestos, comprobantes de ingresos actuales o una explicación por escrito firmada.
  2. *The household size is everyone in the house living off of the same financial resources. Any household member 18 years and older 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. De preferencia, los pacientes deben entregar 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 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 y exámenes de inmigración para personas que no son nuestros pacientes**
  - 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 and INS physicals for non-established patients*
    - b. *External lab testing services (St. Charles, CORA, Central Oregon Pathology)*
7. El garante 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 de inmediato de cualquier cambio en ingresos, situación de vivienda o estatus de seguro médico del paciente. Si no se notifica a Mosaic 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 immediately. If Mosaic 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 estatus 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 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 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*