



Instrucciones para completar la Aplicación para Cobertura bajo el Programa de Descuento basado en sus ingresos

Lamprey Health Care ofrece un programa de descuento basado en sus ingresos, para ayudar a los pacientes a obtener cuidado de salud cuando no pueden ser capaces de pagar por ellos. El programa de descuento basado en sus ingresos económicos aplica a la mayoría de servicios que ofrecemos. El programa les da descuentos a pacientes elegibles de acuerdo a su posibilidad de pago.

Para determinar si un paciente califica para el programa, es requerido completar una aplicación en su totalidad. Todas las partes de la aplicación deben ser completadas. La aplicación debe estar con la fechada y firmada. Si la esta no está completa, se le devolverá su solicitud pidiendo información adicional. El paciente debe enviarnos esta información dentro de 10 días o la aplicación será negada.

Por favor siga estas instrucciones para llenar su aplicación:

¿Es la aplicación para una sola persona o para la familia completa?

Los pacientes pueden aplicar por ellos mismo o la familia complete. Debe de incluir pruebas de ingresos por cada miembro de la familia.

Dirección Física – esta es la dirección donde usted y su familia viven.

Dirección Postal – donde recibe su correspondencia.

Miembros del Hogar – estos incluyen pareja, niños, y todos los otros dependientes incluidos en su más reciente declaración de impuestos. Si alguien en la aplicación está embarazada, agregue él bebe. Si el hogar consiste de dos personas quienes no están casados pero tienen niños, todos los dependientes reclamados en los impuestos de ambos, deben ser incluidos en su aplicación.

Por favor incluya todas las personas en la familia quienes tengan 18 años o más en la sección de adultos. Incluya todos los menores 18 años en la sección de niños.

Si alguien está embarazada incluya la fecha de parto.

Por favor enliste si alguien está deshabilitado.

Por favor díganos si alguien tiene seguro médico y está cubierto.

La aplicación debe ser firmada y con fechada antes de ser entregada para su proceso.

Prueba de Ingresos –Todos los miembros de la familia deben completar una Verificación de Empleo. Incluya dos meses de talonarios por cada trabajo. Si usted no tiene talonarios usted puede obtener de su empleado una “Verificación de Empleo”.

Otras fuentes de Ingreso – todas otras fuentes de ingreso deben ser indicadas. Esta sección debe incluir los nombres de la persona quienes reciben ingresos, las fuentes de ingresos, la cantidad regularmente recibida y el periodo de tiempo que el pago cubre. Algunos ejemplos de otro ingreso que se incluyen son desempleo, incapacidad, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementar o (SSI), el valor de asistencia pública incluyendo Welfare, cupones de comida y beneficios de cuidado de niños, beneficios de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingreso de pensión y retiro, intereses, dividendos, otros ingresos por inversiones, alquileres, regalías, rentas de fideicomisos y herencias, pensión alimenticia, manutención de los hijos y ayuda financiera de otros fuera de la familia.

Por favor incluya evidencia de ingreso por cada Fuente de ingreso. Pruebas de ingreso puede ser talones de cheque, una carta escrita por su empleador, estado bancario mostrando su depósito del empleador, o una copia de los cheques. Su solicitud no será procesada si no incluya estas pruebas.

Si usted tiene preguntas al llenar la aplicación, por favor llame a Barbara Williamson (603)-292-7245 o Sue Marin (603) 883-7194.



Aplicación de Cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Aplicación es por: _____ Individuo _____ Familia Fecha: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal (si diferente): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Miembros Adultos del Hogar (por favor marque la casilla si el individuo es un paciente de Lamprey)

	Nombre	Relación con el aplicante	Fecha de Nacimiento	Genero	Idioma Primario
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Niños en el Hogar (por favor marque la encasilla si el individuo es un paciente de Lamprey)

	Nombre	Relación con el aplicante	Fecha de Nacimiento	Genero	Lenguaje Primario
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Alguien en el hogar está embarazada: _____ sí _____ no Fecha de Parto: _____

Alguien en el hogar está incapacitado/a: _____ sí _____ no Nombre: _____

¿Alguien en el hogar tiene seguro médico o dental? _____ sí _____ no Si la respuesta es sí, favor provea una copia de la parte posterior y frontal de sus tarjetas de seguro.

Declaración de ningún ingresos (si usted no tiene fuente de ingresos, por favor complete este formulario, de lo contrario vaya a la página 2):

Yo, _____ declaro que no tengo fuente de ingresos.
 Por favor, explique cómo paga sus gastos actuales mensuales actualmente, tales como alquiler, comida, gas, ropa y atención medica: _____



Aplicación para cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Usted debe responder cada pregunta. Si algo no le aplica a usted ponga N/A en ese espacio. Usted debe firmar y poner fecha en la aplicación antes de enviarla. Si usted no firma la aplicación, esta será denegada.

Yo certifico que la información arriba es cierta y completa. Yo autorizo a Lamprey Health Care a verificar la información anterior y proveer dicha información a los doctores de referido y o cuidado mutuo. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los gastos por servicios recibidos antes de que mi solicitud sea finalizada y aprobada.. Yo entiendo que Lamprey Health Care está regulado por pólizas y regulaciones establecida por el gobierno federal y se considera ilegal falsificar o reclamar de manera falsa información incorrecta en esta aplicación.

(firma del aplicante)

(fecha)

Para el Uso de la Oficina solamente:

Date application received: _____

Name of Staff member receiving application: _____

Assistance is granted at _____ % based on calculated household income of \$ _____ and family size of _____.

Assistance is denied due to:

- Income does not meet eligibility criteria**
- Missing information requested was not provided within 10 days**
- Application was not signed**

**Notification to patient was mailed on _____
(date)**

Signature of employee performing eligibility review: _____



Aplicación para cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Verificación de Ingresos

(Por favor complete lo siguientes para todos los miembros adultos del hogar al igual que todos los hijos(as) quienes estén empleados y complete una sección separada para cada empleador si alguien tiene más de un empleo)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Empleador: _____ Fecha de Contratación: _____
Título de Trabajo: _____ Horas promedio por semana: _____
Tarifa de Pago: \$ _____ por hora
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Empleador: _____ Fecha de Contratación: _____
Título de Trabajo: _____ Horas promedio por semana: _____
Tarifa de Pago: \$ _____ por hora
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Empleador: _____ Fecha de Contratación: _____
Título de Trabajo: _____ Horas promedio por semana: _____
Tarifa de Pago: \$ _____ por hora
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Empleador: _____ Fecha de Contratación: _____
Título de Trabajo: _____ Horas promedio por semana: _____
Tarifa de Pago: \$ _____ por hora
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Empleador: _____ Fecha de Contratación: _____
Título de Trabajo: _____ Horas promedio por semana: _____
Tarifa de Pago: \$ _____ por hora
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Si quiere espacios adicionales, por favor adjunte una hoja separada.

