



UW Family Medicine Clinic
820 East 17th Street, Cheyenne, WY 82001
PH: (307) 632-2434 Fax: (307) 634-3510

Formulario de confirmación del paciente de la escala de tarifas deslizantes de UWFM (SFS)

Gracias por elegir la Clínica de Medicina Familiar de la Universidad de Wyoming como su proveedor de atención médica. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, entienda que el pago de los servicios es parte de esa relación. Para ayudarle a entender esa responsabilidad financiera, le pedimos que lea y firme este formulario. Por favor, siéntase libre de preguntar si tiene alguna pregunta.

Responsabilidades del Paciente:

- Al recibir la solicitud de UWFM SFS, se reunirá con el personal de la clínica para discutir nuestro programa de asistencia financiera.
- Tiene quince (15) días calendario para completar y devolver su solicitud de SFS a UWFM con la documentación financiera requerida.
- El no traer o el rechazo de no seguir adelante con la aplicación de UWFM SFS completa y firmada dará lugar a ningún descuento y el pago en su totalidad será requerido en el momento en que se proporcionan los servicios.
- Si me aprueban un descuento SFS, se requiere mi copago en el momento de servicio.
- Los arreglos de pago pueden hacerse por adelantado.
- Si no paga de acuerdo al arreglo con nuestro personal de la clínica podría resultar en el envío de su cuenta para colecciones.
- UWFM hará todo lo posible para trabajar con usted y su situación financiera. La Manejadora de Casos puede proporcionarle asistencia adicional.
- Los descuentos de SFS no incluyen todos los servicios. Es posible que se le cobre por servicios.
- UWFM acepta efectivo, cheques personales del estado y pagos con tarjeta de crédito/debito.

El laboratorio es propiedad y esta operado por el hospital CRMC. Es importante que solicite el Programa de Asistencia Financiera de CRMC. Si no lo hace, puede causar retrasos en las pruebas ordenadas por su médico.

- **TENGA EN CUENTA:** Hay un cargo de servicio de \$25.00 por cheques devueltos.

He leído, entiendo y acepto cumplir con las Políticas de UWFM SFS.

Nombre impreso del Paciente de UWFM

Firma

Fecha

<<Para ser completado por el personal de UWFM solamente>>

Paciente firmado/rechazado para firmar el acuse de recibo de la póliza.

UWFM Empleado de la oficina de negocios – Firma e iniciales



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313
2710 E. Harney Street Ste 202 Street | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434
820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

Escala Variable de tarifas

Apreciamos su interés en el programa de escala variables de EHCW. Este programa está destinado a ayudar a quienes están por debajo del 200% del FPL a diferir algunos de los gastos médicos de bolsillo para personas con o sin seguro. Para calificar, requerimos que proporcione documentación de los ingresos de su hogar y complete la solicitud adjunta. Si desea solicitar un descuento en la escala variable, siga las instrucciones a continuación, complete la solicitud adjunta y proporcione la documentación solicitada. Puede calificar para reducciones de tarifas retroactivamente antes de la fecha de recepción de su solicitud si proporciona la documentación adecuada **dentro de los 15 días**.

Paso 1. Complete la Solicitud de tarifa variable debe incluir a todos los miembros del hogar y firmar su solicitud.

Paso 2. Proporcione prueba de sus ingresos. Proporcione los siguientes documentos para cada miembro del hogar (relacionados y no relacionados) mayores de 18 años para demostrar los ingresos del hogar. Los miembros del hogar deberán proporcionar una copia de uno o más, según corresponda, para la verificación de ingresos:

- **Declaración de impuestos sobre la renta** : una copia firmada de la declaración de impuestos más reciente que muestre el ingreso bruto ajustado.
- **Talones de cheque de pago** : Talones de pago más recientes que indican el salario bruto (que cubren el período de trabajo de los últimos tres meses).
- **Carta de la agencia** : una carta de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos o la Agencia de Servicios Sociales (es decir, AFDC, Cupones para Alimentos o WIC) que indica el nivel de ingresos.
- **Verificación de desempleo** : documentación de la Comisión de Seguridad del Empleo (ESC) que demuestra el estado de desempleo y el monto de la compensación por desempleo recibida.
- **Documentos judiciales** : documentos oficiales que citan la manutención de los hijos o la pensión alimenticia otorgada por un juez, acompañados de una declaración de ejecución de la manutención de los hijos que indique el monto recibido.
 - En la situación en la que un paciente busca servicios y se identifica como separado de su cónyuge, se le solicitará al paciente documentación legal como un acuerdo de separación legal o una solicitud de divorcio, pero no será obligatoria si lo declara él mismo.
- **Documentación oficial** : documentación que documenta los beneficios de jubilación, discapacidad y SSI.
- **Carta del empleador** : se puede aceptar una carta del empleador del paciente que detalla los ingresos brutos actuales y la frecuencia de los períodos de pago para aquellos que no reciben un cheque de pago real. Se debe proporcionar información de contacto para que se pueda verificar la información. (Preferiblemente en papel con membrete comercial).
- **Para pacientes sin trabajo u otra fuente de ingresos** : una carta de una agencia, amigo, pariente o empleador anterior que conozca la situación y no viva con el solicitante. La carta debe incluir el nombre y la dirección del autor (número de teléfono si está disponible), así como una fecha actual o reciente (es decir, no de 2003).
- **Autodeclaración** : es aceptable si no se puede proporcionar otra información; se debe completar el formulario de autocertificación.
- **Menores** : los menores que soliciten SFDS pueden declararse como un hogar separado cuando busquen servicios de salud reproductiva. Para incluir, entre otros, pruebas de ETS, embarazo, anticonceptivos, etc.

Paso 3. Devuelva su Solicitud de la escala variable junto con la documentación de respaldo utilizando una de las formas que se enumeran a continuación:

- Dejar en cualquiera de nuestras clínicas del Centro Educativo de Salud de Wyoming (EHCW).
- Envíelo por correo a cualquiera de nuestras clínicas mencionadas anteriormente, con atención al Gerente Comercial de

Recepción.

Paso 4. Notificación al paciente sobre la calificación: su solicitud será procesada y recibirá una carta o correo electrónico (basado en la respuesta a la pregunta en la diapositiva de la solicitud de tarifa) explicando si califica según su solicitud. Nos comunicaremos con usted por teléfono, correo postal o correo electrónico si se necesita documentación adicional. Espere hasta 10 días para procesar su solicitud después de recibirla.

Si se determina que usted no califica para nuestro programa de escala variables, será responsable de los cargos acumulados. Si se determina que usted califica para nuestro programa de escala variables, se le otorgará un crédito si pagó de más por su visita a la clínica y no tiene otras facturas pendientes.



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313
 2710 E. Harney Street Ste 202 Street | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161
 1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434
 820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

Appendix A: Sliding Fee Discount Schedule Eligibility Determination Form

Paciente Nombre:		Fecha de Nacimiento Mes/Dia/Año: / /	
Información de miembros de Familia , por favor anote a todos que vive en el hogar.			
Paciente	Nombre completo	Número de Cuenta (Únicamente para uso de oficina)	Fecha de Nacimiento Mes/Dia/Año
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
Tamaño de Familia para Deslizar Cálculos			

Si necesario, listar más hogares miembros en otra hoja.

Ingreso de Familia:			
Frecuencia de Ingreso	Tipo de Ingreso	Cantidad de ingresos	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		Per Month	Per Year
Sliding Fee Scale Total Income		\$	\$

¿Estas renovando su descuento de tarifa variable? No Sí *En caso afirmativo, continúe con próximo preguntas.*

¿Tiene algo prevenido te asistencia sanitaria en los últimos 6 meses? No Sí

Si es así, ¿qué? _____

¿Hacer nuestro descuento te ha permitido que tú recibas el cuidado de la salud tú necesidad? No Sí

Si no, ¿por qué? _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

For office use only:						
Sliding Fee Scale Honored (circle one) Level 1 Level 2 Level 3 Level 4 Level 5 Level 6						
Length of Sliding Fee Scale Honored:				Slide Expiration Date: / /		
Comments:						
Account number:			Guarantor number:			
Approved by:			Date:			



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313
2710 E. Harney Street Ste 202 Street | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434
820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

Carta de certificación sin ingresos

El Centro Educativo de Salud de Wyoming (EHCW) permite a los pacientes declarar por sí mismos si actualmente están desempleados y/o no reciben ingresos en el momento del servicio. Complete la información a continuación para respaldar esta autocertificación. Si no responde a estas preguntas, su solicitud puede ser rechazada.

1. ¿Cuánto tiempo lleva desempleado y/o sin ingresos?

2. ¿Cuál es su estado actual ? Buscando trabajo Solicitando incapacidad Despido temporal Estudiante de tiempo completo Otro: (Por favor explique)

3. ¿Recibe beneficios o asistencia con los gastos de manutención por cualquiera de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda.)

Alquiler/vivienda Asistencia energética Cupones para alimentos (SNAP) Desempleo
 Amigos/Familia TANF Iglesias Organización sin fines de lucro
 Manutención infantil Préstamos estudiantiles Refugios Otro: _____

4. Si no recibe asistencia de ninguno de los anteriores, ¿cómo paga sus gastos básicos de subsistencia? (Ej: alquiler, servicios públicos, comida, ropa, etc.) ***Incluya una cantidad específica en dólares pagada por un amigo o familiar para facturas como alquiler, servicios públicos, alimentos y gas. ***

Yo, _____, doy fe de que actualmente no tengo ingresos que declarar en este momento de servicio de atención en EHCW. Entiendo que si mi situación económica cambia, soy el único responsable de informarlo en mi próxima visita. Toda la información que proporcioné en esta solicitud, incluida mi declaración de autodeclaración, es veraz, correcta y está sujeta a confirmación por parte de EHCW. Cualquier declaración falsa o intento percibido de engañar puede resultar en la denegación de beneficios de tarifas variables; cualquier saldo del paciente será mi responsabilidad.

Firmado: _____ Fecha: _____