



# PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES



## Instrucciones para la solicitud del Programa de descuento de tarifas variables

Los pacientes que no pueden pagar servicios en alguno de los locales de AltaPointe Health Outpatient, BayPointe o EastPointe Hospitals, o de Accordia Health, excepto servicios brindados en Bayview Professional y Accordia Health & Wellness, pueden calificar para nuestro Programa de descuento de tarifas variables (SFDP, por sus siglas en inglés). El SFDP cubrirá todo o una parte del costo de la atención que reciba. El monto de la asistencia financiera recibida se basa en los ingresos y el tamaño del hogar de acuerdo con las Guías Federales de Pobreza.

Para ser considerado para este programa debe completar la solicitud adjunta y brindar uno de los siguientes para cumplir el requisito de comprobante de ingresos:

- Declaración de impuestos sobre la renta más reciente con W-2 o 1099.
- 2 boletas de pago más recientes.
- Registro de ingresos de ssi.gov.
- Comprobante de ingresos del seguro social, si corresponde.
- Prueba de pensión alimenticia, manutención infantil, desempleo, jubilación, etc.
- Otros documentos de ingresos (entregar al personal para ser evaluado).

Si no puede brindar un forma aceptable de comprobante de ingresos, puede firmar una declaración personal y es posible que se le solicite brindar uno de los siguientes documentos en respaldo de esta declaración:

- Carta de verificación en el caso de que reciba cupones de alimentos.
- Prueba de cobertura únicamente para planificación familiar, Medicaid.
- Si usted no recibe ingresos y familiares o amigos lo mantienen, se solicita una carta explicando esas coordinaciones. La carta debe estar firmada por la persona que brinda la asistencia.

Una vez que su solicitud esté completa, por favor, devuélvala junto con su comprobante de ingresos a cualquier local de AltaPointe Health, AltaPointe Hospital o Accordia Health, o envíela por correo postal a:  
AltaPointe Health Systems, Inc.  
5750-A Southland Drive Mobile, AL, 36693  
Attention: Practice Management Coordinator

AltaPointe Health, BayPointe o EastPointe Hospitals, o Accordia Health revisarán su solicitud para determinar el nivel de asistencia para el cual usted es elegible. Una vez que se tome una decisión, se le notificará sobre la aprobación o denegación del SFDP. De ser aprobada, el nivel de la asistencia financiera recibida se basará en los ingresos y el tamaño del hogar de acuerdo con las Guías Federales de Pobreza.

De ser aprobada, esta solicitud tendrá un año de validez y se usará para todos los locales en los que se atienda. El monto con descuento será válido en todos los locales de AltaPointe Health Outpatient, BayPointe o EastPointe Hospitals, y de Accordia Health, excepto los locales de Bayview Professional y Accordia Health & Wellness. Deberá informar a los hospitales de AltaPointe Health Outpatient, BayPointe o EastPointe Hospitals, o Accordia Health si hay algún cambio en su situación financiera durante el año que pueda impactar su elegibilidad para este programa. Si necesita asistencia con la solicitud, por favor, comuníquese en persona o por teléfono al (251) 450-5916.



# PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES



## Solicitud del Programa de descuento

### Información del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre de pila) (Inicial del segundo nombre) (DD/MM/AAAA)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle/número de dpto.) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Celular)

### Información del padre/tutor 1:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre de pila) (Inicial del segundo nombre) (DD/MM/AAAA)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle/número de dpto.) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Celular)

### Información del padre/tutor 2:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre de pila) (Inicial del segundo nombre) (DD/MM/AAAA)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle/número de dpto.) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Celular)

### Hogar e ingresos (enumere a todas las personas en el hogar, incluido usted):

	Nombre	Parentesco	Edad	Ingreso anual	Fuente
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					



# PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES



**Declaración testimonial personal** No puedo brindar comprobante alguno de ingresos según lo descrito más arriba y he conversado sobre esto con el personal. Acepto brindar la documentación requerida para respaldar esta declaración. Entiendo que esta información será utilizada para determinar mi elegibilidad para el Programa de descuento de tarifas variables. Al firmar esta sección, declaro brindar información veraz a mi leal saber y entender, y afirmo en testimonio los ingresos indicados en la sección hogar/ingresos más arriba.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Por el presente solicito que los hospitales de AltaPointe Health Outpatient, BayPointe o EastPointe o de Accordia Health determinen mi elegibilidad para los servicios del Programa de descuento de tarifas variables. Por el presente declaro no estar cubierto por forma alguna de seguro de medicamentos recetados, ni estar cubierto por forma alguna de seguro de salud patrocinado por el gobierno, incluido Medicare, Medicaid, beneficios para veteranos u otra cobertura.

Entiendo que la información, la cual presento con fines concernientes con mis ingresos anuales y el tamaño de mi hogar/familia, está sujeta a verificación por parte de esta organización y está sujeta a revisión por parte de autoridades federales estatales o federales, así como de otras según sea requerido. Entiendo que la información brindada dentro de este documento es con el fin de determinar elegibilidad para el Programa de descuento de tarifas variables y que información falsa o incompleta dará como resultado mi descalificación para recibir asistencia.

Si mi situación financiera cambia en el próximo año, reportaré estos cambios a AltaPointe Health Outpatient, BayPointe o EastPointe Hospitals, o Accordia Health de inmediato.

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

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

For Finance & Accounting Use Only:

Date Reviewed: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Approved

Denied

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

AltaPointe Health Percentage: \_\_\_\_\_

% Accordia Health Slide: \_\_\_\_\_

Dispensary of Hope Eligible: Yes  Date: \_\_\_\_\_

No  Reason: \_\_\_\_\_

Patient/Guardian notified: Yes  Date: \_\_\_\_\_

No  Reason: \_\_\_\_\_