



## Políticas del Programa de Descuento por Escalas y Aplicación

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Cuenta #: \_\_\_\_\_

### Programa de Descuento por Escala

El Programa de Descuento por Escala es un programa federal que permite que **Triad Adult and Pediatric Medicine (TAPM)** descuenta los cargos normales por los servicios rendidos en cualquier oficina de TAPM. Según la ley, se requiere dos documentos de información para poder calificar: estos son la cantidad de dinero ganado en la familia y el número de personas que viven en la familia. **Para ser elegible para el Programa de Descuento por Escala, uno debe proveer prueba exacta y aceptable de ingresos así como haber apuntado a todas las personas dentro de la familia durante los próximos 7 días, en que la aplicación fue firmada. Si pasa más de 7 días el paciente será responsable por 100 % de todos los gastos.** Los pacientes deben reportar cualquier cambio del ingreso de familia o el número de miembros en la familia, si algunos de esos cambios ocurren. La falsificación de cualquier información causará la pérdida de privilegios del Programa de Descuento por Escala y posiblemente expulsión de la clínica porque esto es una violación de la Ley Federal.

### Elegibilidad

Todos los pacientes de **TAPM** son elegibles para el Programa De Descuento por Escalas. La determinación del descuento, si cualifica para alguno, es dependiente del ingreso de familia/casa y la cantidad de personas en la familia en comparación con las directivas federales de pobreza. El descuento puede ser aplicado a los deducibles del Seguro / Medicare; así como a servicios no cubiertos. El descuento no se puede aplicar a co-pagos de seguros.

### Término

La Información debe ser actualizada cada año – cada 12 meses o cuando pase cualquier cambio de ingreso de casa o miembros de la familia. Es requerido que pacientes informen a TAPM de cualquier cambio de miembros de la familia o ingresos.

### Definición y Ejemplo de Pruebas Aceptable de Ingresos Requeridos para Determinación

- El ingreso está basado en el ingreso bruto / los salarios de todos los miembros de casa que ganan un ingreso. El ingreso será usado para calcular el estado de pobreza:
  - + Incluya los ingresos, de compensación por desempleo, compensación de trabajadores, seguro social, ingreso suplementario de seguro social, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos de pensión o jubilación, interés de inversiones, alquiler, regalías, ingresos por herencias, fondos financieros, asistencia educativa “becas”, pensión matrimonial, pagos de manutención de niños, ayuda que recibe fuera de la familia, u otra fuente de ingreso que no fue puesta en la lista. La Agencia de servicios sociales [por ejemplo, TANF, Food Stamps o WIC] automáticamente le hace elegible para el Programa de Descuento por Escala; se puede calcular utilizando la cantidad de cupones de alimentos recibidos cada mes y multiplicando por 12 meses.
    - Beneficios que no dan dinero (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no se pueden utilizar.
    - Si una persona vive con una familia, se suman los ingresos de todos los miembros en la familia.

2. Formas aceptables de prueba para la determinación de ingresos son los siguientes:
  - a. W-2 o una declaración de impuestos: una copia firmada de la declaración de impuestos más reciente, **mostrando el ingreso total anual.**
  - b. Cheque de sueldo: "4 de los talones de pago más recientes que indiquen el salario bruto dentro de los últimos sesenta (60) días.
  - c. Declaración: Una carta de la administración del Seguro Social, administración de veteranos, o agencia de Servicio Social (TANF, Food Stamp, WIC) que indica el nivel de ingresos.
  - d. Verificación de desempleo: Una documentación de la Comisión de empleo "Employment Securities Commission" (ESC) demostrando la situación de desempleo y la cantidad de compensación por desempleo que es recibió. La cantidad semanal será calculada por 52 semanas para obtener el ingreso anual; porque el guía federal de pobreza es calculado anualmente. Por ejemplo: \$310 semanales X 52 semanas = \$16.120,00 como ingresos anuales.)
  - e. Documentos de Corte: Son documentos oficiales declarando la cantidad recibida de mantenimiento infantil o pensión alimenticia designado por un juez.
  - f. Documentación oficial: Papeles que documentan jubilación/retiro, discapacidad, o beneficios de SSI.
  - g. Carta del Empleador: Para los que no recibieron un cheque, una carta del empleador del paciente detallando los **ingreso de pago** y la frecuencia de los períodos de pago puede ser aceptada. **Debe tener la información de contacto para que la información puede ser verificada.**
  - h. Si trabajan por cuenta propia, use el ingreso bruto ajustado; si el total es negativo, escriba cero como la cantidad de dólares ingresado. Si no tiene un reciente formulario de impuestos, el solicitante debe completar una Declaración de No Ingreso.
  - i. Sin ingresos: un formulario completo de autodeclaración de sin ingresos.
  - j. Formularios de impuestos: 1040- utilice la línea 22; 1040A- utilice la línea 15; 1040 EZ - utilice la línea 1; trabajadores independiente -utilice la línea 37.

#### Tamaño de la familia/ Determinación de Casa Familiar

1. Definición: Todos los miembros de una familia que ponen en común los recursos financieros, incluido alojamiento y pensión y/o están apoyando financieramente uno al otro se cuentan como un solo hogar o miembros de la familia.

#### 2. Miembros de la familia puede ser documentada con cualquiera de los siguientes.

- a. Una copia de la declaración de impuestos más reciente que muestra el tamaño de la familia.
- b. Tarjeta de Seguro Social
- c. Certificado de Nacimiento
- d. Tarjetas de Medicaid para los niños que son dependientes
- e. Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación Estatal
- f. Papeles de Corte o documentos gubernamentales que indican el número de miembros de la familia.
- g. Contratos de alquiler o una carta del propietario que indica el número de miembros de la familia.

La información de contacto debe ser proporcionada de modo que la información pueda ser verificada.

**\*\* He leído la política del Programa de Descuento por Escala y entiendo y acepto cumplir todos los términos y condiciones del Programa de Descuento por Escala.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Por favor complete, firme, y ponga la fecha de la solicitud en la página siguiente. Aplicaciones incompletas no serán procesadas.**



**Aplicación del Programa de Descuento por Escalas**

Para ser completado por paciente/guardián. Por favor complete TODA la información familiar abajo

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Cuenta #: \_\_\_\_\_

Nombre	Relacion Familiar	Fecha de Nacimiento	Numero de ID	Ingresos	Frecuencia	Tipo de documentación de Ingresos	Para Uso Interno Solamente	
							Fecha de toda la documentación recibida/verificada	Documentación recibida por

Entiendo que la información suministrada en este formulario está sujeta a verificación por Triad Adult and Pediatric Medicine. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y entiendo y acepto cumplir todos los términos y condiciones del Programa de Descuento por Escalas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

(No escriba debajo de esta línea. Debe ser completado por personal TAPM)

Acceptable Income Documentation [Enter (x) if verified and obtained]	Calculated Amount Associated with Documentation
Current Federal Tax Return	
Check stub(s) with employer name, income, socials security #, hours worked, and Rate of pay; weekly income* # of weeks/12=.	
Company letter stating annual earnings (Letter must contain a contact person and phone number) to verify.	
Official Letters/documents from Social Security, Courts, Child Support, ESC, etc.	
<b>Total Income Amount</b>	

**Total Number of Family Members Applying for the Sliding Fee Program** \_\_\_\_\_

Enter (x) if verified and obtained	Verified and Obtained Information
	Acceptable identification for each family member listed on Sliding Fee Program Application
	All family member(s) name(s) and date(s) of birth listed on Sliding Fee Program Application.

Qualified Poverty Percentage	Medical/Dental Slide Category	Slide Effective Date	Slide Termination Date

\_\_\_\_\_  
Signature of TAPM Staff

\_\_\_\_\_  
Date

**Calculating Gross Income:**

- ✚ When using pay stub, make sure to use **GROSS** wages, not net pay. Gross wages include OVERTIME and TIPS.
- ✚ When using a social security statement, make sure to use the GROSS benefits, not the net of benefits less Medicare withholding.
- ✚ For self-employed individual, use **LINE 37** (adjusted gross income) from the Form 1040, not just self-employment income. If taxes were not filed, then a self- declaration form will be required.
- ✚ Proof of public assistance automatically determines a maximum slide; use the amount of food stamps received each month and multiply by 12 months. Example of this assistance includes: food stamps, public housing, SSI or any other welfare programs.

**Calculating Annual Income based on information provided:**

- ✚ If a weekly pay stub is provided, the gross wages should be multiplied by **52 WEEKS**. Multiplying the amount by 4 to get a monthly total and then multiplying by 12 months **DOES NOT WORK** ( $4 \times 12 = 48$ ).
- ✚ If a bi-weekly (every two weeks) pay stub is provided, the gross wages should be multiplied by **26 PAYPERIODS**. Multiplying by 2 to get a monthly total and then multiplying by 12 months **DOES NOT WORK** ( $2 \times 12 = 24$ ).
- ✚ If a semi-monthly (paid twice a month, i.e. the 15<sup>th</sup> and the 30<sup>th</sup> of the month) pay stub is provided, multiply the gross wages by **24 PAY PERIODS**.

**Calculating Family Size:**

Ensure that the family size includes the patient AND any additional dependents or family members listed who have income.

**Effective Date of Sliding Fee Application:** \_\_\_\_\_ **The application is approved for: One Year:** \_\_\_\_\_

**Sliding Fee Discount Scale:**

Slide A = 0% - 100% FPL, nominal fee \$20

Slide B = 101% - 125% FPL, \$30.00

Slide C = 126% - 150% FPL, \$40.00

Slide D = 151% - 175% FPL, \$50.00

Slide E = 176% - 200% FPL, \$60.00

>200% FPL, No Slide - responsible for all charges

**See attached chart for family size and income chart.**

**Billing & Collections:**

Copays, co-insurances and deductibles are expected at the time services are rendered; if the patient is unable to pay the nominal fee or copayment at the time services are rendered the patient will be offered the option for payment arrangements. Patients are expected to maintain eligibility for services at all times. Patients who fail to maintain eligibility and are in need of services will be assessed the full amount of the charge for services and payment arrangements will be made available. If the patient does not fulfil the payment agreements and does not recertify, the patient forfeits the right for future payment arrangements and will be sent a billing statement monthly if there are past due balances on their account. If the patient refuses to comply with the Sliding Fee Discount Policy and/or misuses the policy the patient may be dismissed from the practice at the discretion of Management. Patients with outstanding balances in excess of TAPM's outstanding balance policy who have failed to keep payment arrangements may be discharged from the practice in accordance with TAPM's Billing/Finance policy. No patient is refused services based on his/her inability to pay.

Triad Adult and Pediatric Medicine staff must sign and date the application to verify that all information was reviewed. All sliding fee applications expire one year from the date signed and supporting documentation must be resubmitted.