



Aplicación para el Programa de Descuentos

¡Estamos aquí para servirle! Nuestro programa de descuentos está disponible a todo paciente que califique sin distinción de edad, género, raza, orientación sexual, credo, religión, discapacidad, o origen nacional. Le pedimos que complete esta aplicación con exactitud. Elegibilidad para el programa de descuentos se determina con dos criterios:

(1) TAMAÑO DE FAMILIA

Todas las personas financieramente dependientes viviendo actualmente con usted, incluyéndose los siguientes: esposo/a o pareja, todos los hijos biológicos/hijastros/hijos adoptados y cualquier otra persona viviendo en su hogar nacida en la familia, relacionada a su esposo/a o adoptada.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Paciente de MCC: **SI NO**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Paciente de MCC: **SI NO**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Paciente de MCC: **SI NO**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Paciente de MCC: **SI NO**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Paciente de MCC: **SI NO**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Paciente de MCC: **SI NO**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Paciente de MCC: **SI NO**

(2) INGRESO (Por favor proporcione comprobante de ingreso)

Todos los ingresos de su familia. Ganancias incluyen salarios/sueldos, compensación por desempleo, indemnización de trabajador, seguro social, ingreso suplementario de seguridad, pagos para veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingreso de pensión o jubilación, interés, dividendos, rentas, regalías, ingreso de patrimonios, fideicomisos, pensión alimenticia/conyugal, y asistencia de dinero efectivo que viene fuera del hogar. Asistencia no-monetaria no se considera ingreso.

Ingresos del Solicitante: \$ _____ Semanal Mensual Anual

Ingresos de otros Adultos (>18 años) en la familia: \$ _____ Semanal Mensual Anual

Ingresos Totales de la Familia: \$ _____ Semanal Mensual Anual

Entiendo que si la información proporcionada se encuentra inexacta, Minnesota Community Care preserva el derecho de cobrarme por el costo entero de los servicios a 100% del costo.

\$ _____
Mi/Nuestro Ingreso Mensual

Firma de Paciente/Representante Legal/Padre/Guardián Legal/
representante autorizado

Fecha de Hoy

Personal de Minnesota Community Care completará el área por debajo de la línea

Completed by:	Eff Date: Term Date:	Total Family Monthly Income: Household Size:	<input type="checkbox"/> Medical/Pharmacy <input type="checkbox"/> Ryan White <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> HealthStart	<input type="checkbox"/> Cat A <input type="checkbox"/> Cat B <input type="checkbox"/> Cat C <input type="checkbox"/> Cat D <input type="checkbox"/> OVER INCOME	<input type="checkbox"/> POI or Attestation Letter provided <input type="checkbox"/> POI or Attestation Letter Due Date:
---------------	-----------------------------	---	--	--	---

Place Label Here



Programas de Descuento

Gracias por elegir Minnesota Community Care para sus necesidades de salud. Como un centro comunitario de la salud sin fines de lucro, podemos proporcionar servicios descontados usando subsidios limitados. El costo promedio de una visita médica es de \$270. Le pedimos un pago bastante por debajo de nuestro costo actual. Su pago nos permite continuar a operar y servir a otros miembros de la comunidad.

La elegibilidad para el programa de descuentos de Minnesota Community Care se basa en los ingresos y el tamaño de la familia, utilizando las Pautas federales de pobreza (FPG).

Según los ingresos proporcionados y el tamaño de la familia/hogar, los pacientes en esta solicitud se asignan a la categoría de tarifa variable _____ según el programa _____. Se debe pagar una tarifa nominal en la fecha del servicio para cada cita, que se aplica a la responsabilidad general del paciente como se indica a continuación.

	Medica	Dental	HealthStart	Ryan White	Sin Hogar
Servicios cubiertos	Salud médica y conductual	Dental (solo servicios seleccionados)	Salud médica y conductual brindada en clínicas escolares	Servicios médicos, quiroprácticos y de farmacia relacionados con el VIH.	Salud médica, dental y conductual
Se aplica a	Cada miembro de la familia elegible en la solicitud	Cada miembro de la familia elegible en la solicitud	Solo el/la paciente	Solo el/la paciente	Solo el/la paciente
Tarifa nominal adeudada en la fecha del servicio	\$40 todas las categorías	\$50 todas las categorías	\$40 todas las categorías	Cat A= \$0 \$40 todas las demás categorías	\$0
Responsabilidad del paciente	Cat A: \$40 Cat B: 25% de los cargos totales Cat C: 50% de los cargos totales Cat D: 75% de los cargos totales	Cat A: \$50 Cat B: 25% de los cargos totales Cat C: 50% de los cargos totales Cat D: 75% de los cargos totales	Cat A: \$40 Cat B: 25% de los cargos totales Cat C: 50% de los cargos totales Cat D: 75% de los cargos totales	Cat A: \$0 Cat B: \$40 Cat C: \$40 Cat D: \$40	\$0
Duración del descuento	6 meses	6 meses	6 meses	6 meses	6 meses

Los pacientes por encima del 200% del FPG no son elegibles para el programa de descuento de tarifa variable médica, dental o HealthStart.

Los pacientes por encima del 400% del FPG no son elegibles para el programa de descuento Ryan White.

**Ciertos servicios no están cubiertos por ningún programa de descuento de MCC, incluidos, entre otros, los exámenes físicos del INS y circuncisiones.*

Esta solicitud tiene una validez de 6 meses después de la fecha de aprobación. El paciente debe reapplicar al menos cada 6 meses. Si la situación financiera del paciente cambia significativamente (por ejemplo, pérdida de empleo, obtención de empleo, cambio de hogar, etc.) y/o recibe cobertura de seguro después de que se apruebe esta solicitud, pero antes de que hayan pasado 6 meses, el paciente debe informar a Minnesota Community Care y tiene la opción de volver a solicitar la elegibilidad para el Programa de descuento de tarifa variable.

Los pacientes que no tienen seguro de terceros y no son elegibles para un programa de descuento (o se niegan a solicitar un programa de descuento) deberán pagar \$250 antes de recibir servicios médicos o dentales.

Si tiene preguntas sobre su factura o si está interesado en un plan de pago, comuníquese con nuestro departamento de facturación al **651-602-7500**