



Programa de descuentos de CareMed

Hoja de información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El Programa de Descuentos de CareMed es un programa que permite a MedNorth descontar los cargos normales por servicios en función del tamaño del hogar y el ingreso total del hogar.

AVISO A LOS PACIENTES:

El Centro de Salud MedNorth atiende a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago.

Los descuentos para servicios esenciales se ofrecen según el tamaño de la familia y los ingresos.

Para obtener más información, consulte en la recepción o visite nuestro sitio web.

Para ser considerado para la elegibilidad de la tarifa variable:

- Debe proporcionar prueba aceptable de ingresos.
- Hacer una lista de todas las personas que viven en el hogar.
 - La familia se define como cualquier persona que recibe el 50% de su manutención del jefe de familia.

Proporcionar información falsa resultará en la descalificación del Programa CareMed, ya que viola la Ley Federal

Debe completar toda la información adjunta y devolverla, junto con un comprobante de ingresos aceptable, dentro de los 30 días para ser considerado para la elegibilidad de la escala móvil de tarifas.

Si la solicitud y los documentos requeridos no se devuelven antes de la fecha que se indica a continuación, usted será responsable del 100% de todos los cargos hasta que se reciba toda la información.

Una vez aprobado, el descuento de CareMed tendrá una duración de 12 meses.

La información debe actualizarse cada 12 meses **O** si hay algún cambio en los ingresos o el tamaño del hogar.

Formas aceptables de ingresos familiares

Declaración de Impuestos Federales Actual	Copia de la declaración de impuestos más reciente con el formulario 1040 Declaración de impuestos Anexo C para trabajadores por cuenta propia
Un mes de talones de sueldo	Último's 30 días
Carta de la empresa en la que se indiquen los ingresos anuales	La carta debe contener el punto de contacto y el número de teléfono
Carta/documentos oficiales	Seguro Social, VA, Tribunales, Comisión de Seguridad de Empleo, Departamento de Servicios Sociales <ul style="list-style-type: none"> • TANIF, WIC, cupones de alimentos, etc. Discapacidad, Jubilación, Préstamos/becas estudiantiles
Carta de apoyo	FIT/LINC, SOAR, Hogar de Transición, Ministerios de Primeros Frutos, Pastores, etc.

Fecha en que toda la información debe entregarse a MedNorth: _____

¿Está interesado en solicitar servicios de Medicaid? _____

Puede devolver esta información:

- En persona o por correo a: 925 N. 4th St. Wilmington, NC 28401
 - 240 Calhoun Dr. Wilmington, NC 28412
- Fax: Atención a los Coordinadores de Acceso de Pacientes 910-251-1540
- Correo electrónico: PAC@mednorth.org

Si tiene alguna pregunta adicional, comuníquese con nosotros al 910-343-0270.

Fecha que se recibió: _____

Recibido por: _____

Cuenta: _____

CareMed Application

Nombre * Enumere a todos los miembros del hogar	FDN	Relación	Ingresos brutos * Ganancias antes de impuestos/deducciones	Frecuencia Semanal, quincenal, Por hora, Mensual, Anual
		TU MISMO		

Número total de miembros de la familia de los que eres responsable: _____

****Proporcione identificaciones oficiales junto con cualquier tarjeta de seguro, incluido Medicaid para los mencionados anteriormente.**

¿Tiene una copia de la declaración de impuestos del año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí, traiga una copia, no se necesita ninguna otra documentación. <input type="checkbox"/> No, responda a las preguntas a continuación.		
¿Alguien en su hogar recibió pago por:	Proporcione una copia de cualquier documento a continuación como comprobante de ingresos:		
Empleo	Sí	No	<ul style="list-style-type: none"> Talones de pago de los últimos 30 días. Si se paga semanalmente, traiga los últimos 4 talones de pago, si se paga dos veces al mes, traiga los últimos 2 talones de pago. Si se paga mensualmente, traiga el último talón de pago Copia de la declaración de impuestos más reciente (año anterior) (Formulario 1040) <p>No aceptamos formularios 1099, W-2 o estados de cuenta bancarios como prueba aceptable de ingresos.</p>
Trabajo por cuenta propia	Sí	No	<ul style="list-style-type: none"> Copia de la declaración de impuestos más reciente y del Anexo C
Ingresos no ganados por trabajo: (Marque con un círculo todo lo que corresponda) Seguro Social, Beneficios para Veteranos, Compensación Laboral, Beneficios de Desempleo, Discapacidad, etc.	Sí	No	<ul style="list-style-type: none"> Estado de cuenta reciente que muestre el monto del beneficio mensual
Si actualmente está desempleado, ¿hay alguien que lo apoye económicamente?	Sí	No	<ul style="list-style-type: none"> La persona que brinda apoyo debe completar una carta de apoyo e incluir una copia de su identificación con foto.

- Entiendo que la información que proporciono en este formulario está sujeta a verificación por parte el Centro de Salud MedNorth.
- Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del programa de descuento de tarifa variable.
- Por la presente doy fe de que esta información es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender y entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de hechos materiales puede someterme a la descalificación del Programa de Descuento de Tarifa Variable.
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar a el Centro de Salud MedNorth sobre cualquier cambio en los ingresos o el seguro.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Processed By: _____

Date: _____

Denied _____ Approved _____ Discount Level _____ Valid dates: _____