

Solicitud para la escala móvil de descuento en tarifas

La política del Que permite que el Aviva Health es brindar atención médica centrada en el paciente, independientemente de su capacidad de pago. Los descuentos se ofrecen según los ingresos familiares y la cantidad de personas que residan en el hogar. Se utiliza una escala móvil para calcular los descuentos básicos y se actualiza anualmente mediante pautas de pobreza a nivel nacional. Una vez aprobado, y basado en el tipo de ingreso el descuento se garantizará hasta un año a partir de la fecha de solicitud. Luego de un año, el paciente deberá volver a solicitarlo.

Se requiere una aplicación complete en el expediente que incluya la verificación de los ingresos y deberá ser aprobada por la oficina central antes de aplicar el descuento. Si el solicitante califica para otros programas de asistencia, tal como el Plan de Salud Oregon [*Oregon Health Plan*], El personal de Aviva está disponible para ayudar a los solicitantes para estos programas, en adición a la escala móvil de descuentos ofrecida por Aviva Health.

Por favor, complete la siguiente información:

I. Información del paciente

Nombre del paciente:	Apellido	Nombre	2da inicial	
Domicilio:	Calle	Ciudad	Estado	Cód. postal
Fecha de nac.:	Médico de atención primaria (PCP)			

II. Información del garante

Nombre:	Apellido	Nombre	2da inicial	
Domicilio:	Calle	Ciudad	Estado	Cód. postal
N° de teléfono:	Casa/Móvil:	Trabajo	F. de Nac.:	

III. Información familiar – Enumere a todas las personas del hogar *

1.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad	4.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad
2.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad	5.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad
3.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad	6.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad

* Favor de agregar otro pagina si necesita agregar dependientes adicionales.

(For Office Use Only)

Sliding discount rate: A B C D F Z

Self-Declared _____ Applied for OHP Y N Date _____

Application date: _____ Expiration Date: _____ Mercy Slide _____

Total Mo. Income: _____ # of Household Members _____

Staff member completing form: _____ Date: _____

AVIVA HEALTH

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN ECONÓMICA

Entiendo que, una vez aprobada, esta solicitud para reducción de cargos puede calificar a los miembros de mi familia para el programa de beneficencia a través del Centro Médico Mercy (*Mercy Medical Center*).

- Autorizo a los representantes del Que permite que el Aviva Health a divulgar todo tipo de información, incluso los comprobantes de ingresos, a los representantes del Centro Médico Mercy, con el objeto de verificar la aptitud para el programa de beneficencia.

Firma: _____ Fecha: _____
(Persona encargada)

O

- Renuncio a la oportunidad de ser considerado para el programa de beneficencia a través del Centro Médico Mercy en esta ocasión.

Firma: _____ Fecha: _____
(Persona encargada)

Firma: _____ Fecha: _____
(Personal del Aviva Health que ayudó a completar este formulario)