



## **POLICY**

Kintegra Health se dedica a proporcionar atención médica de calidad, incluyendo educación médica y servicios de atención preventiva a todos los miembros de la comunidad, independientemente de las barreras financieras (capacidad de pago) a través de la publicación regular de una tarifa deslizando Escala.

Los pacientes no asegurados/Sub asegurados de Kintegra Health con un ingreso familiar igual o inferior al 200% del nivel federal de pobreza (FPL) y que proporcionen la documentación requerida serán elegibles para tarifa de descuentos médicos, salud mental, dentales y con receta médica. Kintegra Health revisará y volverá a emitir anualmente su escala móvil para reflejar los cambios en las directrices federales de pobreza.



## SLIDING SCALE FEE APPLICATION

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

#SS: \_\_\_\_\_

Total, de unidad familiar: \_\_\_\_\_ Numero de adultos: \_\_\_\_\_ Numero de Niños  
\_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro médico privado o medicaid? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿Qué tipo  
\_\_\_\_\_

### FUENTES DE INGRESOS PARA EL SOLICITANTE Y LAS PERSONAS EN LA FAMILIA (Dependientes)

**El solicitante debe proporcionar documentación con la solicitud. A continuación, se muestra una lista de los documentos apropiados. Proporcione los documentos que son aplicables a usted y a su familia.**

- Sueldo del solicitante - Proporcione al menos uno de los siguientes según corresponda a usted: 30 días de los estados de cuenta salariales más recientes, es decir. semanal (4), bi-wkly o semi-mthly (2) mensual (1) Carta con membrete del empleador que establece la tarifa por hora actual y el número normal de horas en la semana laboral. Sí trabaja por cuenta propia, proporcione sus declaraciones de impuestos más recientes, incluyendo 1099
- El salario de otro miembro de la familia: Proporcioné al menos uno de los artículos requeridos para el salario del solicitante.
- Si está desempleado (ya sea solicitante u otros miembros de la familia), proporcione: Historial salarial (de la Comisión de Seguridad Laboral) Y Resumen de Salarios de Desempleo (de E.S.C.)
- Estado de cuenta actual de discapacidad, seguridad social y/o pensión que muestra los ingresos.
- Mensuales de Pensión alimenticia y/o manutención infantil – Indique la cantidad pagada o proporcione una declaración de pensión mensual de pensión alimenticia y/o ingresos por manutención infantil.
- Beneficios de compensación del trabajador.
- VA/ingreso de pensión Verificación de cupones de alimentos de asistencia pública No hay fuente de ingresos - Proporcione unacarta que lo apoye.



Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Total, de unidad familiar \_\_\_\_\_ Numero de adultos \_\_\_\_\_ Número de Niños \_\_\_\_\_ Menores 18 \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LISTA INGRESOS DEL HOGAR ABAJO**

El hogar es definido por Kintegra como el contribuyente más sus dependientes. Si usted presenta conjuntamente entonces usted tendrá que proporcionar ingresos para ambos contribuyentes. Se recomienda una copia de la declaración de impuestos más reciente

| Name | DOB | Relationship     | Gross Income \$ | Frequency of Payment   | Source |
|------|-----|------------------|-----------------|--|--------|
|      |     | <b>Applicant</b> |                 | ( ) Wkly ( ) Bi-wkly<br>( ) Mthly ( ) Semi-mthly<br>( ) Annually |        |
|      |     |                  |                 | ( ) Wkly ( ) Bi-wkly<br>( ) Mthly ( ) Semi-mthly<br>( ) Annually |        |
|      |     |                  |                 |  |        |
|      |     |                  |                 |  |        |

**Total Household Gross Income: \$ \_\_\_\_\_ / yr.**

- ( ) Pay Stmts. ( ) Direct Deposit/Bank Statement ( ) Social Security/Disability Letter ( ) Food Stamp Letter  
( ) Relatives/Friends Contribution Form ( ) Zero Income Affidavit ( ) Tax Return ( ) W-2 ( ) Child Support Verif.

| Weekly        | Bi-wkly       | Semi-mthly    | Monthly       |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| stmt. gross 1 | stmt. gross.1 | stmt. gross.1 | stmt. gross 1 |
| stmt. gross 2 | stmt. gross 2 | stmt. gross.1 |               |
| stmt. gross 3 |               |               |               |
| stmt. gross 4 |               |               |               |
| Total         | Total         |               | Total         |
| <b>X 13</b>   | <b>X 13</b>   | <b>X 12</b>   | <b>X12</b>    |
| Total         | Total         | Total         | Total         |



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

- Toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta y el solicitante no ha omitido ningún asunto material en la información.
- En cualquier momento que haya un cambio en el ingreso familiar total o la cobertura de atención médica, Kintegra Health será notificado y dicho cambio será apoyado por la presentación de la documentación apropiada.
- La aprobación de esta solicitud se limita a un máximo de (6) meses a partir de la fecha de aprobación.
- El solicitante tiene al menos 18 años de edad, ha sido declarado por un tribunal para ser emancipado, o está emancipado por el matrimonio u otra definición legal.
- Si el solicitante participa en programas de asistencia farmacéutica ofrecidos por el departamento de farmacia de Kintegra Health, se da permiso para que las compañías farmacéuticas o sus designados revisen los registros con fines de auditoría.
- Estoy de acuerdo en que, si no proporciono una prueba de ingresos, mi familia y yo seremos removidos del programa de escala móvil de Kintegra Health. Entiendo que los cargos son basados en la información que yo he proveído y entiendo que la información dada es correcta e incluye todos los ingresos del hogar. Estoy de acuerdo de notificar a Kintegra Health de cualquier cambio sobre seguro de salud o algún cambio en el ingreso familiar.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Kintegra Health Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha



## SLIDING SCALE FEE APPLICATION CHECKLIST

**\*\*\* TO BE COMPLETED BY KINTEGRA HEALTH STAFF ONLY \*\*\***

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

### Documents Provided by Applicant

**Completed Sliding Scale Fee Application**

**Proof of Residency Verification**

- Driver's License
- State Identification
- Utility Bill
- Letter from Residential Treatment Facility/ Residential Transition Program/ Community Reentry Program
- Other \_\_\_\_\_

**Proof of Income – Provide AT LEAST One (1) for EACH adult in the household:**

- 30 Days** of most recent pay statements i.e. weekly (4), bi-wkly or semi-mthly (2) monthly (1)
- Letter on letterhead from employer stating your current rate of pay & hrs in 1 week
- W-2 Form
- Most recent tax returns including (1099 Schedule C if Self-employed)
- Social Security/ Disability Income Statement Letter
- Unemployment Wage Summary from (Employment Security Commission)
- Child Support/Alimony Verification letter
- Food Stamp Verification letter
- Bank Statement
- VA/Pension Income
- Worker's Compensation benefits
- A letter that supports your current financial status. **(This letter may ONLY come from a minister/priest/rabbi, director of a homeless shelter, landlord, or social/case worker.)**
- OTHER (List) - ( ) Relatives/Friends Contribution Form ( ) Zero Income Affidavit

### Verifications Obtained – \*\*\*MANDATORY (for office use)

Printed screen showing a **COVERAGE** Verification. Obtained at <https://webclaims.ncmedicaid.com/ncecs/>. Or <https://online.instamed.com>

Reviewed and verifications completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Eligibility Dates: **START** \_\_\_\_\_ **STOP** \_\_\_\_\_ Copay Med: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ( ) No PP Benefits



## Medication Assistance Program Guidelines

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

La obtención de medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos (MAP, por sus siglas en inglés) es un regalo y no se puede garantizar que esté disponible o llegue a tiempo. Es su responsabilidad obtener sus propios medicamentos si esto sucede. Las compañías farmacéuticas, así como Kintegra Health se reservan el derecho de eliminar los medicamentos de su programa en cualquier momento.

Si usted presentó impuestos dentro del último año imponible, requerimos sus formularios 1040. Si no presentó y no fue reclamado como dependiente de los formularios de impuestos de otra persona, necesitaremos que firme un formulario 4506 T que indique esto. Si ninguno de estos se aplica a usted, necesitamos copias de los cheques de pago más recientes que verifiquen los ingresos del hogar del último mes. Si no hay ingresos familiares, necesitaremos que usted presente para Medicaid y nos traiga una carta de denegación indicando que no puede estar cubierto en Medicaid y una carta de quién lo está apoyando.

Una vez que haya sido aprobado para el programa de MAP y para permanecer activo, debe notificar a las oficinas de MAP y Farmacia de cualquier cambio realizado en medicamentos, ingresos del hogar, dirección, números de teléfono, o si obtiene seguro o Medicaid. Cuando se inscribió inicialmente podría tomar hasta 8 semanas o más para que lleguen los medicamentos (aunque la compañía farmacéutica podría enviarle una notificación de que ya han enviado todavía tenemos que procesar el medicamento en nuestro sistema). KINTEGRA HEALTH debe recibir todos los medicamentos enviados directamente a nosotros para asegurarse de que usted de una fecha de reorden precisa. Sin embargo, debe notificarnos si se envían a su casa por error.



También es muy importante para usted llamarnos si recibe cualquier papeleo en el correo de la compañía de medicamentos.

Cuando sus medicamentos estén listos para ser recogidos, recibirá una llamada telefónica automatizada de la farmacia. Los medicamentos que usted recibe a través de MAP son gratuitos, pero habrá una tarifa de procesamiento de \$6.00 que se pagará a la farmacia por cada suministro de 90 días en el momento. Usted tendrá 30 días para recoger sus medicamentos, de no ser recogidos sus medicamentos serán regresados y usted podrá ser removido del programa de MAP.

Para ser elegible para recibir medicamentos a través de MAP, requerimos que su firma nos dé permiso para: Firmar su nombre en las solicitudes y cartas de los programas de asistencia con receta solamente; atestigüe que usted no tiene seguro, asuntos de Veteranos o Medicaid y que nos notificará de cualquier cambio en sus circunstancias.

Si tiene alguna pregunta o inquietud en relación con el Programa de Asistencia de Medicamentos, llame a nuestra oficina al 704-862-6111.

**X** \_\_\_\_\_  
Patient Signature Date

\_\_\_\_\_

Kintegra Health Witness Signature Date