**Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Kintegra Health se dedica a proporcionar atención médica de calidad, que incluye la educación para la salud y los servicios de atención preventiva a todos los miembros de la comunidad, independientemente de las barreras financieras (capacidad de pago) mediante la publicación periódica de una escala gradual de tarifas.

Los pacientes asegurados o no asegurados de Kintegra Health, Inc. con un ingreso familiar igual o inferior al 200 % del nivel federal de pobreza (Federal poverty level, FPL) y que proporcionen la documentación requerida serán elegibles para recibir descuentos médicos, odontológicos y de recetas. Cada año, Kintegra Health revisa y publica una nueva escala móvil a fin de reflejar los cambios en los lineamientos federales de pobreza.

Al completar el presente documento, acepto que:

* Toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, y que el solicitante no ha omitido ningún asunto importante al proporcionar la información.
* En cualquier momento que se produzca un cambio en el ingreso familiar total o la cobertura de atención médica, se le notificará a Kintegra Health, y dicho cambio se respaldará con la presentación de la documentación adecuada.
* La aprobación de esta solicitud se limita a un máximo de (1) año a partir de la fecha de aprobación.
* El solicitante tiene al menos 18 años de edad, o ha sido declarado emancipado por un tribunal o se emancipó por matrimonio u otra definición legal.
* Si el solicitante participa en programas de asistencia farmacéutica ofrecidos por el departamento de farmacia de Kintegra Health, se otorga permiso para que las compañías farmacéuticas o sus designados revisen los registros con fines de auditoría.

Acepto que el incumplimiento en proporcionar una prueba de ingresos nos retirará a mí y a mi familia del programa de descuentos graduales de tarifas de Kintegra Health, Inc. Comprendo que mis tarifas se basan en la información financiera que he proporcionado y estoy de acuerdo en que esta información es veraz e incluye todos los ingresos familiares. Acepto notificar a Kintegra Health, Inc. de cualquier cambio en el estado de mi seguro o mis ingresos familiares.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante, el padre, la madre o el tutor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo de Kintegra Health Fecha

**EXENCIÓN DE RECHAZO (para pacientes que no desean solicitar descuentos graduales de tarifas)**

* Se me ha dado la oportunidad de solicitar el programa de descuentos graduales de tarifas de Kintegra Health y NO DESEO SOLICITAR EL PROGRAMA DE DESCUENTOS GRADUALES DE TARIFAS EN ESTE MOMENTO. Debido a que no desea solicitar o cumplir con los requisitos para solicitar el programa de descuentos graduales de tarifas, elige ser un paciente que paga por sí mismo. Esto significa que usted pagará $ 80.00 (Medical/BH), $ 150 (Dental) y $ 60 (Quiropráctico) al momento de recibir el servicio. Este es un pago mínimo requerido. En función de los servicios prestados, se pueden aplicar cargos adicionales. Usted será responsable de todos y cada uno de los saldos pendientes después de que se ingresen los cargos por su visita.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total en la unidad familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de adultos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de niños \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentos de ingresos admisibles:**

* Comprobantes de pago o declaración de ingresos emitido por el empleador durante los últimos 30 días de empleo que enumeren los salarios brutos antes de los descuentos por impuestos.
* Carta de determinación de compensación por desempleo de la Comisión de seguridad del empleo.
* Carta de indemnización por discapacidad, SSI, SSD u otros recursos de asistencia gubernamental.
* Documentos judiciales o estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos para la manutención de los hijos o los pagos de la pensión alimenticia.
* Declaraciones de impuestos más recientes.
* Carta de verificación de cupones de alimentos
* El formulario de autodeclaración de ingresos (solo si no hay otra forma de documentar sus ingresos).

¿Cuenta con seguro médico o Medicaid? SÍ \_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TAMAÑO E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR: Kintegra Health determina que el Grupo Familiar** es el contribuyente más sus dependientes. Si presenta una declaración en conjunto, deberá proporcionar la documentación de los ingresos para ambos contribuyentes. Se recomienda presentar una copia de la declaración de impuestos más reciente**.**

**Revisado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lista de verificación** | SÍ | NO |
| **Identificación/Dirección**: Licencia de conducir, factura de servicios, identificación del empleo, pasaporte |  |  |
| **Documentos de los ingresos:** comprobantes de pago, declaraciones de impuestos, SS/Discapacidad/Desempleo, cupones de alimentos, declaración del empleador, formulario de autodeclaración de ingresos, otro... |  |  |
| **Verificación de la cobertura de Medicaid** |  |  |
| **Mensaje del paciente y FYI completado.** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEMANAL** | **QUINCENAL** | **BIMENSUAL** | **MENSUAL** |
| **1.** | **1.** | **1.** | **1.** |
| **2.** | **2.** | **2.** |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **Total** | **Total** | **Total** | **Total** |
| **X13** | **X13** | **X12** | **X12** |
| **Total** | **Total** | **Total** | **Total** |

**Fecha de inicio de la elegibilidad: \_\_\_\_\_\_\_ Fecha de finalización de la elegibilidad: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**% de FPL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel de PPE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Sin PPE**

**Solo para uso de oficina**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos**  **de todos los miembros del grupo familiar** | **Parentesco** | **Fecha de nacimiento** | **INGRESOS** | **Marque con un círculo una de las opciones** |
|  |  |  | **$** | Semanal Quincenal  Mensual Anual |
|  |  |  | **$** | Semanal Quincenal  Mensual Anual |
|  |  |  | **$** | Semanal Quincenal  Mensual Anual |
|  |  |  | **$** | Semanal Quincenal  Mensual Anual |
|  |  |  | **$** | Semanal Quincenal  Mensual Anual |
|  |  |  | **$** | Semanal Quincenal  Mensual Anual |

**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 30dias 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