Tillamook County
Community
Health Centers

Son CAROS los Servicios Médicos – ¡Le podemos ayudar!

1. **Aproveche el descuento con el plan de ajuste de precios**

- ***Definiciones:***

Aplicación para el descuento basado en un plan de ajuste de precios. Es la política de los centros de salud aprobados por el gobierno federal (*FQHC,* por su sigla en inglés), conocida también como Centros Comunitarios de Salud para proveer servicios esenciales sin importar la capacidad de pago que tenga el paciente. Los descuentos y/o cuota mínima se ofrecen conforme al número de integrantes en su hogar y el ingreso.

Se requiere que el FQHC tenga un programa de cobros localmente consistente y apropiado para cubrir los gastos razonables de operación. Este plan de ajuste de precios y/o cuota mínima se aplica durante el proceso de facturación para bajar el costo de los servicios basado en la capacidad de pago.

2. **Ponga su información más reciente en la aplicación para el descuento basado en un plan de ajuste de precios.**
   - Nuestro personal de recepción le puede ayudar con sus preguntas y ayudar a llenar nuestra forma (Admisión Coordinado).
   - Actualice su información a medida que cambian sus circunstancias.

3. **Trabaje con nuestro personal de facturación para acordar el plan de pagos que más le acomode.**
   - Usted puede hablar con el servicio de facturas mediante OCHIN al: 1-800-972-8401
   - Usted puede hablar con nuestro personal local de facturación al: 503-842-3900, Ext 3914 o 4011 (para español)

4. **Averigüe si califica para el Plan de Salud de Oregón u otra cobertura de bajo costo**
   - Usted puede hablar con uno(a) de nuestros(as) especialistas de seguro médico antes o después de su cita médica. Sólo pregunte por una "Coordinadora de Atención Médica para que le ayude con la inscripción al seguro".

FORMULARIO DE ADMISIÓN COORDINADO

Aplicación para servicios

Apellidos:	Nombre:	Segundo nombre (si tiene):	Número de teléfono:		Reg. Iniciales
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Fecha de hoy / /

Por favor marque si en la actualidad tiene uno de los siguientes seguros médicos (sólo los vigentes):	CÓDIGOS DE LOS GRUPOS ÉTNICOS	IDIOMA	Inglés ( )	Español ( )	Otro:
( ) Medicaid/OHP ( ) Medicare ( ) Seguro médico privado Nombre del seguro médico:	1 – Indio Americano/Nativo de Alaska 2 – Asiático 3 – Negro o Afroamericano 4 – Hispano o Latino 5 – Nativo de Hawai/Otras islas del Pacífico 6 – Blanco				

Miembros de la familia que Ud. mantiene económicamente y viven en su hogar	# de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Sexo	Código Étnico	Veterano	Sin Hogar	Campesino	Actualmente cliente de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook		MR # (para uso de la oficina)	Ingreso anual de cada individuo
1.		/ /	Yo						Sí	No		
2.		/ /							Sí	No		
3.		/ /							Sí	No		
4.		/ /							Sí	No		
5.		/ /							Sí	No		
6.		/ /							Sí	No		
7.		/ /							Sí	No		
#	# total en el hogar			Ingresos anuales en total								$

Tipo de Ingreso	Información para verificar	Cuánto	Cada Cuánto	Ingreso Anual
□ Salario de trabajo (en bruto, antes de impuestos)	Los últimos 3 talones/ min 30 días			$
□ Propinas o comisión	Impuesto del año pasado			
□ Trabajo por su cuenta	Impuesto del año pasado			
□ Ingresos por inversiones (renta, interés, dividendos)	Estado de cuenta o Sch. E impuesto del año pasado			
□ Pensiones por jubilación	Estado de cuenta			
□ Beneficios del Seguro Social	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
□ TANF, SSI, beneficios por discapacidad	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
□ Beneficios de veterano	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
□ Beneficios de Desempleo	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
□ Compensación Laboral	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
□ Manutención Infantil o Pensión Conyugal	Documentos legales del corte			
□ Ayuda financiera por parte de la familia				
□ Otro ingreso no enlistado acá	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
□ Estampillas de Comida (SNAP) – **SÓLO CARE**	Adulto 1: $ / Adulto 2: $	Ingreso total por año		$

□ Inversiones, acciones, certificados de depósito, ahorros	Estado de cuenta por mes, tres meses, o anual	$

Yo afirmo que la información que estoy dando para la aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que, si doy información incorrecta, falsa, o si dejo de dar información pertinente puedo descalificar para el programa del descuento.

Yo autorizo el uso compartido de mi solicitud de servicios con todos los documentos pertinentes que debe darse a las siguientes agencias para servicios adicionales:

Iniciales en cada uno: ___ □ **Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook** ___ □ **CARE** ___ □ **Centro de Recursos para Mujeres** ___ □ **Centro de Consejería Familiar de Tillamook**

		/ /
Nombre impreso de la persona que solicita	Firma de la persona que solicita	Fecha

Sección sólo para el uso de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook

ALL SERVICES: Patients are expected to pay the nominal fee prior to service.

For Office Use Only:				
Effective Date:	(Maximum retroactive date is 30 days from original application date.)			
Verified by:	Date: / /	Household #	Income $	Expiration Date: / /

Solamente para uso de la oficina de CARE

Housing, Do You: [ ] Own [ ] Rent [ ] Homeless [ ] Other: Explain _____

HOUSEHOLD INFORMATION:

HH Member # (from pg. 1)	Educ. Years (Adults Only) (See codes below)	Disability (Yes or No)	Disability Type or Explanation
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Educ. Years Codes:

0-8	12+	Child NA	
9-12 Non-graduate	2 or 4 yrs. College-Grad.		
HS Grad/GED	Education Unknown		

Solamente para uso de la oficina:

Services Provided: _____

_____

_____

Homeless definition: Any person staying at an emergency housing shelter out of necessity, any person living in transitional housing, any person living on the streets or staying somewhere not intended for human habitation, people who were turned away from emergency services, and people provided a voucher in order to stay at a motel or campground. People living in permanent supportive housing or those receiving rental or mortgage assistance, Federal definition does not include people who are staying with other people out of economic necessity (often referred to as doubled-up or couch surfing)

Farm worker definition: A person working in connection with cultivating the soil, raising or harvesting any agriculture or aquaculture commodity, including any activity of handling product in its unmanufactured state (catching, netting, handling – delivery and transportation of products to market or processing). Includes forestation and reforestation of lands (planting, transplanting, pre-commercial thinning, slash and burn clears).

Refer clients for additional services

☐ Medical ☐ Dental ☐ Women's Resource ☐ CARE ☐ TFCC

See Agency Reference List for detail information