

Solicitud de SpectraPlan



Redefiniendo
la atención

Fecha: _____

Parte responsable: _____
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección de facturación: _____
 Código postal Estado Código postal

Teléfono: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Indique el tipo de ingresos que recibe su hogar Y proporcione pruebas de todos los ingresos de la unidad familiar en un plazo de 30 días posteriores a la solicitud.

FUENTES DE INGRESOS	GRUPO FAMILIAR INGRESO	DOCUMENTACIÓN ACEPTADA
Ingreso laboral	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Última declaración de impuestos federales sobre los ingresos Últimos (2) recibos de sueldo Carta del empleador que valide las horas laborales o salarios
Ingreso de inmigración	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Formularios de inmigración I20 o J1 Asistencia en efectivo para los refugiados
Ingreso de trabajo por cuenta propia	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Declaración de ingresos actual Declaración de impuestos del año anterior
Asistencia pública: TANF/MFIP	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Carta(s) de adjudicación que enumere el monto recibido (presente año)
Beneficios del Seguro Social	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Carta(s) de adjudicación que enumere el monto recibido (presente año)
Indemnización por desempleo	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Carta de adjudicación de beneficios (presente año)
Seguro de compensación para trabajadores	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Carta de adjudicación de beneficios (presente año)
Jubilación o pensión	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Documentación del administrador del plan en la que conste mensualmente monto del beneficio (año en curso)
Sin ingresos	SÍ/NO	<ul style="list-style-type: none"> Carta del empleador anterior que documenta el último día de empleo Carta del asistente social (se requiere el membrete de la agencia) Formulario de impuestos 4506t

FAMILIA TAMANO	ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS SPECTRAPLAN				NO ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS
	VERDE - 100% FPL% 0%-100%	AZUL - 75% FPL% >100%-133%	GRIS - 50% FPL% >133%-167%	BLANCO - 25% FPL% >167%-200%	FPL% >200%
	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS
1	\$0 - \$15,060	\$15,061 - \$20,030	\$20,031 - \$25,150	\$25,151 - \$30,120	\$30,121 y más
2	\$0 - \$20,440	\$20,441 - \$27,185	\$27,186 - \$34,135	\$34,136 - \$40,880	\$40,881 y más
3	\$0 - \$25,820	\$25,821 - \$34,341	\$34,342 - \$43,119	\$43,120 - \$51,640	\$51,641 y más
4	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$41,496	\$41,497 - \$52,104	\$52,105 - \$62,400	\$62,401 y más
5	\$0 a \$36,580	\$36,581 - \$48,651	\$48,652 - \$61,089	\$61,090 - \$73,160	\$73,161 y más
6	\$0 - \$41,960	\$41,961 - \$55,807	\$55,808 - \$70,073	\$70,074 - \$83,920	\$83,921 y más
7	\$0 - \$47,340	\$47,341 - \$62,962	\$62,963 - \$79,058	\$79,059 - \$94,680	\$94,681 y más
8	\$0 - \$52,720	\$52,721 - \$70,118	\$70,119 - \$88,042	\$88,043 - \$105,440	\$105,441 y más
9	\$0 - \$58,100	\$58,101 - \$77,273	\$77,274 - \$97,027	\$97,028 - \$116,200	\$116,201 y más
10	\$0 - \$63,480	\$63,481 - \$84,428	\$84,429 - \$106,012	\$106,013 - \$126,960	\$126,961 y más

Solicitud de SpectraPlan



Redefiniendo la atención

Complete la tabla para el solicitante y **todas** las demás personas de la unidad familiar, independientemente del estado del seguro.
 Nota: **NO** mencione a las personas de las cuales la parte responsable no es **responsable FINANCIERAMENTE**.

Apellido, nombre	Fecha de nacimiento	Número de registro médico (si se conoce o corresponde)	Relación	Fuente de ingresos	Recibe ingresos	Seguro: Medicaid, Medicare, BCBS, CHIP, etc.
			Uno mismo		S / N	
					S / N	
					S / N	
					S / N	
					S / N	
					S / N	
					S / N	

Tamaño total de la familia: # _____

Ingresos totales: \$ _____

Para enviar su solicitud:

- Por correo postal: Spectra Health Social Services, 212 S 4th St Ste 200, Grand Forks, ND 58201
- Por correo electrónico: socialservices@spectrahealth.org
- En persona: entregar en cualquiera de las instalaciones de la clínica

En caso de tener alguna duda, comuníquese con Spectra Health Social Services llamando al 701-757-2100, ext. 1218.

LEA CON ATENCIÓN Y COLOQUE SUS INICIALES ANTES DE FIRMAR

Iniciales

Entiendo que hay que abonar una tarifa nominal de \$30 (servicios dentales), \$20 (servicios médicos) o \$3 (servicios de especialidad en salud conductual) que se debe al momento de CADA visita. Además, entiendo que cualquier servicio procesado en Spectra Health puede calificar para el Descuento SpectraPlan; sin embargo, cualquier servicio que se envíe a un centro externo será mi responsabilidad financiera personal..

Como jefe del grupo familiar (garante), acepto la responsabilidad financiera de todas las personas que figuran en esta solicitud.

Iniciales

Se requiere una prueba de ingresos. **En un plazo de 30 días**, acepto proporcionar a Spectra Health toda la información obligatoria, para todas las personas solicitadas, a fin de determinar la elegibilidad al descuento. **No proporcionar la documentación solicitada (en un plazo de 30 días) puede evitar cualquier descuento para el que sea elegible.**

Los solicitantes que NO reciben ingresos deben proporcionar la documentación aprobada (consulte la tabla de documentación aceptada de la página 1 para obtener ejemplos).

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que el personal de Spectra Health se ponga en contacto con cada empleador de todas las personas que trabajan en mi grupo familiar o con las agencias autorizadas para confirmar los ingresos proporcionados. Con el fin de determinar la elegibilidad para SpectraPlan, autorizo a Spectra Health a ponerse en contacto con las personas que figuran en mi grupo familiar en esta solicitud y a compartir con ellas la información financiera proporcionada en esta solicitud. Entiendo que tendré que volver a solicitar el programa SpectraPlan anualmente. Cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar, en los ingresos o en el estado del seguro debe notificarse a SpectraPlan en un plazo no mayor a los 30 días. No proporcionar la información actualizada puede conducir a la terminación de la elegibilidad del SpectraPlan.

X _____

Firma del solicitante

Fecha

Tenga en cuenta que el programa de descuentos SpectraPlan NO puede usarse para reducir cualquier obligación mensual de los beneficiarios de Medicaid en el caso de aquellos pacientes que califiquen.