

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.