

# Elegibilidad para SpectraPlan



Redefiniendo la atención

Fecha: \_\_\_\_\_

Parte financieramente responsable: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Grupo familiar: \_\_\_\_\_ (escriba la cantidad total de personas que viven en su hogar)

Teniendo en cuenta la cantidad de integrantes de su grupo familiar y sus ingresos brutos anuales, **marque con un círculo** su nivel de ingresos en el cuadro siguiente:

GRUPO FAMILIAR	ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS SPECTRAPLAN				NO ELEGIBLE PARA EL PRGM
	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 - \$15,650	\$15,651 - \$20,815	\$20,816 - \$26,136	\$26,137 - \$31,300	\$31,301+
2	\$0 - \$21,150	\$21,151 - \$28,130	\$28,131 - \$35,321	\$35,322 - \$42,300	\$42,301+
3	\$0 - \$26,650	\$26,651 - \$35,445	\$35,446 - \$44,506	\$44,507 - \$53,300	\$53,301+
4	\$0 - \$32,150	\$32,151 - \$42,760	\$42,761 - \$53,691	\$53,692 - \$64,300	\$64,301+
5	\$0 - \$37,650	\$37,651 - \$50,075	\$50,076 - \$62,876	\$62,877 - \$75,300	\$75,301+
6	\$0 - \$43,150	\$43,151 - \$57,390	\$57,391 - \$72,061	\$72,062 - \$86,300	\$86,301+
7	\$0 - \$48,650	\$48,651 - \$64,705	\$64,706 - \$81,246	\$81,247 - \$97,300	\$97,301+
8	\$0 - \$54,150	\$54,151 - \$72,020	\$72,021 - \$90,431	\$90,432 - \$108,300	\$108,301+
9	\$0 - \$59,650	\$59,651 - \$79,335	\$79,336 - \$99,616	\$99,617 - \$119,300	\$119,301+
10	\$0 - \$65,150	\$65,151 - \$86,650	\$86,651 - \$108,801	\$108,802 - \$130,300	\$130,301+

Spectra Health ofrece un programa de descuentos con tarifas variables, conocido como SpectraPlan. El SpectraPlan puede ayudar con el costo de los servicios de atención en Spectra Health. Todos los descuentos están sujetos a una tarifa nominal.

Este formulario se utiliza para evaluar la elegibilidad potencial para el PROGRAMA DE DESCUENTOS de Spectra Health. **Al rechazarlo, se renuncia a CUALQUIER posible descuento en servicios médicos futuros que se reciban en Spectra Health.**

Marque **solo una** casilla a continuación:

- DESEO solicitar el SpectraPlan. Por favor, que el personal de Spectra Health se comunique conmigo para hablar sobre cómo llenar una solicitud completa del SpectraPlan y proporcionar la verificación de ingresos.
- NO deseo solicitar el SpectraPlan. No deseo/necesito ningún descuento en los servicios futuros que reciba en Spectra Health. Entiendo que puedo solicitar el SpectraPlan en cualquier momento en el futuro en caso de necesitarlo.

Los motivos frecuentes para no participar en SpectraPlan son los siguientes:

- Recibe el pago de una agencia externa.
- No es elegible para participar debido a sus ingresos.
- No está interesado en participar.

X \_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

*Si se indica la elegibilidad anteriormente, tenga en cuenta que se requiere una solicitud completa y la verificación de ingresos para determinar la aprobación.  
 El Departamento de Servicios Sociales de Spectra Health estará encantado de ayudarle con el proceso completo de solicitud de SpectraPlan. Programe una cita con el registro o llame al 701-757-2100 para obtener más ayuda.  
 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.*

MRN o etiqueta del paciente

**SpectraHealth.org**



# Solicitud de SpectraPlan



Redefiniendo la atención

Complete la tabla para el solicitante y **todas** las demás personas del hogar, independientemente del estado del seguro. Nota: **NO** incluya a las personas por las cuales la parte responsable no tiene **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**.

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	

Grupo familiar completo: N.º \_\_\_\_\_

Ingresos totales: \$ \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir seguimiento por parte de los Servicios Sociales de Spectra Health para analizar las opciones que le cubre el seguro?  Sí  No  N/C

MRN o etiqueta del paciente

Envíe su solicitud completada de una de las siguientes maneras:

- Por correo postal: Spectra Health Social Services, 212 S 4th St Ste 200, Grand Forks, ND 58201
- Por correo electrónico: [socialservices@spectrahealth.org](mailto:socialservices@spectrahealth.org)
- En persona: entregar en cualquiera de las instalaciones de la clínica
- Complete la solicitud por Internet en nuestro sitio web: [www.spectrahealth.org](http://www.spectrahealth.org)

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 una tarifa nominal de \$30 (atención odontológica), \$20 (atención primaria, incluidas optometría y atención quiropráctica) o \$3 (salud conductual) que se debe pagar en el 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 responsable del hogar (garante), acepto la responsabilidad financiera de todas las personas que figuran en esta solicitud.

\_\_\_\_\_ **Iniciales**

Se requiere prueba de ingresos. **En el transcurso de 30 días**, acepto proporcionar a Spectra Health toda la información obligatoria, para todas las personas requeridas, con el fin de determinar la calificación para el descuento.

**La falta de documentación solicitada (dentro de los 30 días) puede impedir cualquier descuento 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, acepto que el personal de Spectra Health se comunique con los empleadores de todas las personas que trabajan dentro del hogar y/o las agencias autorizadas para confirmar la información de ingresos proporcionada. Con el fin de determinar la elegibilidad de SpectraPlan, autorizo a Spectra Health a comunicarse con las personas que figuran en mi hogar en esta solicitud y compartir con ellas la información financiera proporcionada en esta solicitud. Comprendo que tendré que volver a solicitar el programa SpectraPlan anualmente. Cualquier cambio en el grupo familiar, los ingresos o el estado del seguro requiere notificación a Spectra Health dentro de los 30 días. La falta de información actualizada puede resultar en la terminación de la elegibilidad para 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.*