

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
- En persona: entregar en cualquiera de las instalaciones de la clínica
- Complete la solicitud por Internet en nuestro sitio web: 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.