

# Solicitud de SpectraPlan



Redefining Care

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

Persona responsable: \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Inicial del segundo nombre

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

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

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

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
<b>1</b>	\$0 - \$15,960	\$15,961 - \$21,227	\$21,228 - \$26,653	\$26,654 - \$31,920	+\$31,921
<b>2</b>	\$0 - \$21,640	\$21,641 - \$28,781	\$28,782 - \$36,139	\$36,140 - \$43,280	+\$43,281
<b>3</b>	\$0 - \$27,320	\$27,321 - \$36,336	\$36,337 - \$45,624	\$45,625 - \$54,640	+\$54,641
<b>4</b>	\$0 - \$33,000	\$33,001 - \$43,890	\$43,891 - \$55,110	\$55,111 - \$66,000	+\$66,001
<b>5</b>	\$0 - \$38,680	\$38,681 - \$51,444	\$51,445 - \$64,596	\$64,597 - \$77,360	+\$77,361
<b>6</b>	\$0 - \$44,360	\$44,361 - \$58,999	\$59,000 - \$74,081	\$74,082 - \$88,720	+\$88,721
<b>7</b>	\$0 - \$50,040	\$50,041 - \$66,553	\$66,554 - \$83,567	\$83,568 - \$100,080	+\$100,081
<b>8</b>	\$0 - \$55,720	\$55,721 - \$74,108	\$74,109 - \$93,052	\$93,053 - \$111,440	+\$111,441
<b>9</b>	\$0 - \$61,400	\$61,401 - \$81,662	\$81,663 - \$102,538	\$102,539 - \$122,800	+\$122,801
<b>10</b>	\$0 - \$67,080	\$67,081 - \$89,216	\$89,217 - \$112,024	\$112,025 - \$134,160	+\$134,161

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**.

Nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Número de registro médico (si se conoce o corresponde)	Relación	Fuente de ingresos	Frecuencia de pago: diaria, quincenal, mensual, etc.	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

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 puede haber una tarifa nominal de \$30 (dental), \$20 (atención médica primaria), incluyendo atención quiropráctica, o \$3 (salud conductual) que se debe abonar 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 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.*