



*My Family. My Doctor. My Choice.*

### **Información del Programa de Descuentos *Sliding Fee***

En parte ReGenesis Health Care está financiado por fondos federal, ingresos de paciente y donaciones. Porque somos financiados federalmente, podemos ofrecer amplios servicios de asistencia médica a nuestra comunidad con una escala de *sliding fee*, haciendo lo posible para todos tener acceso a asistencia médica excelente. Sí, aceptamos la mayoría de los seguros médicos principales también Medicaid y Medicare.

#### **¿Qué es la escala de *Sliding Fee*?**

Una solicitud para descuentos basado en la escala de *sliding fee* determina la porción que usted paga por su cuidado médico, lo cual depende de sus recursos financieros y su capacidad para pagar.

Todos los pacientes con descuentos de *sliding fee* deben hacer su copago en el momento que se prestan servicios. Todos los pacientes dentales con descuentos de *sliding fee* deben hacer el pago del porcentaje del costo total de cualquier servicio dental en el momento que se prestan servicios. Si usted no puede hacer su copago total al momento de servicio, será necesario que usted complete un plan de pagos que resuma como satisfará su obligación.

Para todos los pacientes médicos y dentales con un saldo de 30 días, será necesario que usted haga un plan de pagos que le permitirá evitar el proceso de cobro y mantenerse al día con ReGenesis Health Care.

¡Por favor recuerde que, sin su apoyo constante, no podemos proveer estos servicios necesarios para nuestra comunidad! También ofrecemos opciones de pagos en línea mediante *Healow*, nuestro portal de servicios del paciente para su conveniencia, por correo, o usted puede pasar por cualquiera de nuestros centros a hacer su pago.

---

**Firma del Paciente o Tutor**

---

**Fecha**

---

**Representante de Servicios del Paciente**  
*Patient Services Representative*

---

**Fecha**

**P.O. Box 5158**  
**Spartanburg, SC 29302**  
**Phone: 864-582-2817      Fax: 864-582-2829**

**SOLICITUD PARA EL DESCUENTOS DE SLIDING FEE**

**Su solicitud no será procesada sin prueba de ingresos**

Sí, he revisado y firmado el informativo del programa del descuento de tarifa móvil de ReGenesis Health Care y gustaría aplicar para este descuento. Proveeré prueba de ingreso para cada miembro de mi hogar que tiene 18 años o más y trabaja.

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

**Miembros del Hogar:**

Por favor apunta todos los miembros que viven en su hogar, incluyéndote a ti mismo:

Nombre Completo \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Información de Empleo:**

Empleador: \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago:  Semanal  Quincenal  Mensual

Sueldo: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas a la semana trabaja? \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Estado de pago:  Semanal  Quincenal  Mensual

Sueldo: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas a la semana trabaja? \_\_\_\_\_

Total de ingresos obtenidos \_\_\_\_\_

**Otras Fuentes de Ingresos:**

Carta con membrete del empleador verificando sueldo; verificado por \_\_\_\_\_

Declaración de Impuestos \_\_\_\_\_

Manutención de hijos menores \_\_\_\_\_

Ingreso de Alquiler \_\_\_\_\_

Pensión/Jubilación \_\_\_\_\_

Estados de cuenta bancarias \_\_\_\_\_

Manutención de Hijos \_\_\_\_\_

Pensión/Jubilación \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP \_\_\_\_\_

Asistencia por Discapacidad \_\_\_\_\_

Ingreso del Seguro Social \_\_\_\_\_

Manutención Conyugal \_\_\_\_\_

Asistencia por Desempleo \_\_\_\_\_

Compensación de Trabajadores \_\_\_\_\_

Otras Fuentes de Ingreso \_\_\_\_\_

- **Estoy de acuerdo en proveer información sobre el ingreso total de mi hogar a el centro de salud ReGenesis cada doce meses para verificar si califico y/o si hay un cambio en mis ingresos antes de los doce meses.**
- **Si en cualquier momento mientras soy un/una paciente de ReGenesis Health Care recibo algún seguro de salud privado incluyendo Medicare y Medicaid, debo presentar prueba de este al personal en la recepción al momento de recibir el servicio.**
- **Entiendo que, si no proveo prueba de mis ingresos al momento recibir el servicio, seré responsable de pagar el 100% del total de mi factura por todos los servicios que hayan sido proveídos hasta el momento en el que presente la prueba de ingresos.**

**PACIENTES MEDICOS, Yo**

Aseguro que toda la información del paciente en esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de cualquier información puede resultar en eliminación de los descuentos proveídos. Yo confirmo que autorizo a ReGenesis Health Care para que pueda contactar a personas/empleadores mencionados en esta aplicación para verificar. Basado/a en la información presentada en esta aplicación yo califico para el programa de descuentos (*sliding fee*,) lo cual significa que pagare una tarifa nominal o copago antes de recibir los servicios

**SOLO PACIENTES DENTALES**, Basado/a en la información presentada en esta aplicación yo califico para el programa de descuentos (*sliding fee*,) lo cual significa que pagare una tarifa del \_\_\_\_% al personal en la recepción antes de recibir cualquier servicio dental.

**Esta aplicación expirara en un año en \_\_\_\_\_ y entiendo que debo reaplicar cuando esta fecha llegue.**

**\*\*Si usted tiene Seguro de salud, al completar esta aplicación también puede calificar para asistencia económica en sus tarifas para medicamentos en cualquier farmacia de ReGenesis Health Care\*\***

_____ Firma del Solicitante o Tutor	_____ Fecha	_____ Representante del Servicio al Paciente ( <i>Patient Services Representative</i> )	_____ Fecha
_____ Firma del Gerente ( <i>Manager Signature</i> )	_____ Fecha		