

स्कायरल हिल स्वास्थ्य केन्द्र वित्तीय सहायता निर्देशनको लागि आवेदन

स्कायरल हिल स्वास्थ्य केन्द्र("एसएचएचसी") ले सबै बिरामीहरूलाई भुक्तानी गर्ने क्षमताको परवाह नगरी चिकित्सा, दन्त, व्यवहारिक स्वास्थ्य र फार्मसी सेवाहरू प्रदान गर्दछ। बीमा नगरिएका वा कम बीमा गरिएका व्यक्ति वा परिवारका लागि, एसएचएचसीले बिरामीहरूको लागि छुटको साथ स्लाइडिंग शुल्क कार्यक्रम प्रदान गर्दछ जसको पारिवारिक आय संघीय रूपमा स्थापित गरीबी स्तरको 200% भन्दा कम छ। परिवारको आय गरिबीको १०० प्रतिशत वा सोभन्दा कम भएका बिरामीलाई नाममात्रको शुल्क लिने गरिन्छ 101-200% को बीचमा आय भएका परिवारहरूले स्वीकृत स्तरको आधारमा पूर्ण शुल्कबाट छुट प्राप्त गर्नेछन्। संघीय सरकारले नयाँ दरहरू जारी गर्ने बित्तिकै एसएचएचसीले वार्षिक रूपमा गरीबी दिशानिर्देशहरू अद्यावधिक गर्दछ।

कुनै पनि बिरामी जसको कुनै बीमा छैन वा सीमित बीमा कभरेज छ, संलग्न अनुप्रयोग प्रयोग गरेर हाम्रो स्लाइडिंग शुल्क स्केलको लागि आवेदन गर्न प्रोत्साहित गरिन्छ। एक पटक एसएचएचसीले आवेदन र आयको सबै आवश्यक प्रमाण प्राप्त गरेपछि, यो पुनरावलोकन गरिनेछ र छुटको स्तर स्वीकृत गरिनेछ। प्राप्त भएको 30 दिन भित्र निर्धारण गरिनेछ। यदि परिवारको आय गरीबीको २००% भन्दा माथि छ भने, हामीलाई कुनै स्लाइडिंग शुल्क छुट प्रदान गर्न अनुमति छैन। त्यसपछि ती बिरामीहरू ब्याज रहित भुक्तानी योजनाको लागि योग्य हुनेछन्। यदि बिरामीको बीमा गरिएको छ तर छुटको लागि आय आवश्यकताहरू पूरा गर्दछ भने, एसएचएचसीले पहिले बीमा वाहकलाई सबै शुल्कहरू पेश गर्नेछ र त्यसपछि कुनै पनि रोगी ब्यालेन्स स्लाइडिंग शुल्क कार्यक्रमका लागि योग्य हुनेछ। बच्चाहरू स्लाइडिंग स्केलको लागि मात्र योग्य हुन्छन् यदि उनीहरू मेडिकल सहायता वा चिप कभरेजको लागि अयोग्य छन् वा अस्वीकार गरिएको छ। यदि आमाबाबुलाई चिकित्सा सहायता वा चिप कभरेजको लागि आवेदन गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, एसएचएचसीले उनीहरूलाई एक एजेन्सीमा रेफर गर्नेछ जसले उनीहरूलाई त्यो प्रक्रियामार्फत मद्दत गर्न सक्छ।

बिरामीहरू जो छुटको लागि योग्य छैनन्, वा स्लाइडिंग भुक्तानी स्केल लागू भएपछि पनि ब्यालेन्स छ, ब्याज मुक्त भुक्तानी योजनाको लागि योग्य छन्। भुक्तानी योजनामा रुचि राख्ने बिरामीहरूले भुक्तानी योजना को व्यवस्था गर्न बिलिङ सम्पर्क वा दन्त कार्यालय कर्मचारीलाई सम्पर्क गर्नुपर्छ।

सबै गैर-अत्यावश्यक सेवाहरूको लागि, विशेष गरी दन्त सेवाहरूको लागि, स्लाइडिंग शुल्क आवेदन पहिलो नियुक्ति भन्दा पहिले पूरा हुनुपर्छ। साँचो आपतकालीन अवस्थामा, स्लाइडिंग शुल्क आवेदन पूरा र स्वीकृत भइरहेको बेला बिरामीहरूलाई उपचारबाट इन्कार गरिने छैन। त्यसपछि बिरामीले आफ्नो पहिलो नियुक्तिको 30 दिन भित्र आवेदन पेश गर्नुपर्छ। यदि तपाईं त्यस समय भित्र कागजातहरू आपूर्ति गर्न सक्नुहुन्न भने, कृपया बिलिङ सम्पर्क वा दन्त फ्रन्ट अफिस कर्मचारीसँग छलफल गर्नुहोस् जसले विस्तार प्रदान गर्न सक्दछ। यदि तपाईंलाई फारम बुझ्न वा पूरा गर्न कठिनाई छ भने, एसएचएचसी हेरचाह नेभिगेटर, बिलिङ सम्पर्क वा दन्त फ्रन्ट अफिस स्टाफले तपाईंलाई यस प्रक्रियामा मद्दत गर्न सक्छ। फारम पूरा गर्न असफल हुँदा तपाईं क्रेस्टबाट कुनै पनि प्रयोगशाला शुल्कको साथ 100% शुल्कको लागि जिम्मेवार हुनुहुनेछ। यो स्लाइडिंग शुल्क स्केलको लागि आवेदन गर्न तपाईंको सर्वोत्तम हितमा छ।

आवेदन प्रक्रियाको दौडान, तपाईं प्रत्येक भेटमा नाममात्र शुल्क तिर्न जिम्मेवार हुनुहुनेछ। यदि, आवेदन स्वीकृत भएपछि तपाईं नाममात्र शुल्क स्तरको लागि योग्य हुनुहुन्न भने, तपाईंलाई नाममात्र शुल्क र तपाईंको स्वीकृत स्तरबीचको भिन्नता बिल गरिनेछ। भविष्यका भ्रमणहरूमा, तपाईं उचित भुक्तानी गर्न जिम्मेवार हुनुहुनेछ। फेरि, यदि तपाईं पूर्ण भुक्तानी गर्न सक्नुहुन्न भने, एक गैर-ब्याज भुक्तानी योजना व्यवस्था गर्न सकिन्छ।

तल स्लाइडिंग शुल्क भुक्तानीको सारांश छः

	चिकित्सा	दन्त	व्यवहार स्वास्थ्य	फार्मसी प्रिस्क्रिप्शनहरू
100% गरिबी स्तर वा तल	\$15.00	\$25.00	\$5.00	प्रिस्क्रिप्शन लागत थप \$3.00
101-125% गरिबी स्तर	\$25.00	80% छुट	\$6.00	प्रिस्क्रिप्शन लागत र \$4.00
126-150% गरिबी स्तर	\$35.00	60% छुट	\$7.00	प्रिस्क्रिप्शन लागत र \$5.00
151-175% गरिबी स्तर	\$45.00	40% छुट	\$8.00	प्रिस्क्रिप्शन लागत र \$6.00
176-200% गरिबी स्तर	\$55.00	20% छुट	\$9.00	प्रिस्क्रिप्शन लागत र \$7.00
201% गरिबी स्तर वा माथि	पूर्ण शुल्कहरू	पूर्ण शुल्कहरू	पूर्ण शुल्कहरू	पूर्ण शुल्कहरू

केही दन्त सेवाहरूका लागि अतिरिक्त शुल्कहरू हुन सक्छन्, जसलाई कभर नभएको वा ऐच्छिक मानिन्छ।

यदि तपाईंसँग यस अनुप्रयोगको बारेमा कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया 412-904-5285 मा कल गर्नुहोस्। एक पटक आवेदन पूरा भएपछि, कृपया आवश्यक समर्थन कागजातहरू साथ पठाउनुहोस्:

स्कायरल हिल स्वास्थ्य केन्द्र
CAC/आउटरिच र नामांकन
4516 ब्राउन हिल रोड
पिट्सबर्ग, PA 15217

स्वायत्त हिल स्वास्थ्य केन्द्र आर्थिक सहायताको लागि आवेदन

आय को प्रमाण:

एसएचएचसीलाई तपाईंको घरको आयको बारेमा सबैभन्दा हालको जानकारीको स्वतन्त्र कागजात आवश्यक छ। सबैभन्दा हालको क्रमको प्राथमिकता हुनेछ:

७ तीन (3) सबैभन्दा भर्खरको तलब स्टबहरू, वाईटीडी कमाई देखाउँदै
पेन्सन, सामाजिक सुरक्षा, अशक्तता, कामदारको क्षतिपूर्ति, र / वा बेरोजगारी लाभहरूको वर्तमान विवरण

७ सार्वजनिक सहायता (कल्याणकारी) नगद लाभको वर्तमान विवरण

७ आय देखाउँदै हालको चिकित्सा सहायता इन्कार

७ रोजगारदाताबाट पारिश्रमिक प्रमाणीकरणको हालको पत्र

यदि माथिको कुनै पनि जानकारी उपलब्ध छैन भने, कृपया बिलिङ सम्पर्कसँग कुरा गर्नुहोस् कि कुन अन्य जानकारी प्रयोग गर्न सकिन्छ।

घरायसी जानकारी:

बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

ठेगाना: _____

घर फोन: _____ सेल फोन: _____

काम/अन्य फोन: _____

१) के तपाईं विद्यार्थी हुनुहुन्छ? __ हो __ होइन पूर्ण समय _____ अंशकालिक _____

२) के तपाईं अरू कसैको करमा निर्भरको रूपमा सूचीबद्ध हुनुहुन्छ? __ हो __ होइन

३) के तपाईं वा घरमा कोही हाल गर्भवती हुनुहुन्छ? __ हो __ होइन नाम: _____

४) के तपाईंसँग मेडिकल कभरेज छ? __ हो __ छैन नाम/बिमाको प्रकार: _____

कृपया आफ्नो परिवारमा बस्ने सबै व्यक्तिहरूको सूची बनाउनुहोस् जसको लागि तपाईंले आर्थिक सहयोग गर्नुहुन्छ वा जसले तपाईंलाई आर्थिक सहायता प्रदान गर्नुहुन्छ।				
नाम	सम्बन्ध	को मिति	18 मुनिका बच्चा चिपका लागि योग्य	रोजगारदाता र घण्टा/हप्ता संख्या
१.	स्व			
२.				
३.				
४.				
५.				
६.				
७.				

तपाईंले वा तपाईंको घरपरिवारका कसैले कुन सेवा/सुविधाहरूका लागि आवेदन दिनुभएको छ, र तपाईंले ती प्राप्त गर्नुभएको छ वा अस्वीकार गरिएको छ?

	लागू गरियो	अस्वीकार गरियो	प्राप्त, मिति, मासिक रकम?
चिकित्सा सहायता			
बेरोजगारी			
सामाजिक सुरक्षा			
अपाङ्गता			
कामदारको कम्पोज			
बाल सहयोग			
भत्ता			
खाद्य टिकटहरू			
सार्वजनिक सहायता (कल्याणकारी)			
अन्य लाभहरू			

कसरी स्लाइडिङ भुक्तानी स्केल काम गर्दछ*

तल एउटा चार्ट छ जसले बिरामीले SHHC मा अनुभव गर्न सक्ने केही सामान्य शुल्कहरू देखाउँछ।
अनुमोदित छुट स्तरको आधारमा, यो चार्टले देखाउँछ कि बिरामीले सेवाको लागि कति तिर्नेछ।

भ्रमणको प्रकार:	पूरा मूल्य	नाममात्र शुल्क	८०% छुट	६०% छुट	४०% छुट	२०% छुट	अयोग्य वा पूरा गर्न असफल
नयाँ बिरामी सीमित कार्यालय भ्रमण 99203	\$२३१.००	\$१५.००	\$२५.००	\$३५.००	\$४५.००	\$५५.००	\$२३१.००
बिरामी सीमित कार्यालय भ्रमण	\$१७३.००	\$१५.००	\$१५.००	\$३०.००	\$४५.००	\$६०.००	\$१७३.००

स्थापित १९२१३							
45-50 थेरापी सत्र १०८०६	\$१२०.००	\$५.००	\$६.००	\$७.००	\$८.००	\$९.००	\$१२०.००
जन्मपूर्व भ्रमण 4-6 ५९४२५	\$२०९.००	\$१५.००	\$२५.००	\$३५.००	\$४५.००	\$५५.००	\$२०९.००
पूर्ण एक्स-रे संग व्यापक मौखिक परीक्षा D0150 र D0210	\$२०१.००	\$२५.००	\$४०.२०	\$८०.४०	\$१२०.६०	\$१६०.८०	\$२०१.००

*कृपया ध्यान दिनुहोस् कि यो चार्टले अनुमान मात्र प्रदान गर्दछ। अतिरिक्त शुल्क र शुल्क लाग्न सक्छ।

तल हस्ताक्षर गरेर, म बुझ्छु कि मेरो योग्यता निर्धारण गर्नु अघि थप जानकारी अनुरोध गर्न सकिन्छ।

तल हस्ताक्षर गरेर, म प्रमाणित गर्छु कि मैले पेश गरेको सबै जानकारी सत्य हो। म बुझ्छु कि मैले प्रदान गरेको कुनै गलत, अपूर्ण, वा गलत जानकारीले मेरो लागि उपलब्ध गराएको आर्थिक सहयोगको लागि मेरो आवेदन रद्द गर्न सक्छ।

तल साइन इन गर्ने सबै वयस्क परिवारका सदस्यहरूले उनीहरूको स्वास्थ्य हेरचाह वा वित्तीय सहायता योग्यतासँग सीधै सम्बन्धित कुनै पनि चिकित्सा, वित्तीय, वा रोजगारी जानकारी जारी गर्ने अधिकार दिन्छन्। यो जानकारी कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई जारी गर्न सकिन्छ जससँग SHHC ले बिरामीको तर्फबाट सहायक चिकित्सा सेवाहरू सुरक्षित गर्न काम गरिरहेको छ। उपलब्ध गराइएका सबै जानकारी HIPAA संघीय नियमावलीका प्रावधानहरू अन्तर्गत गोप्य रहनेछ र कुनै अन्य सरकारी निकायसँग साझेदारी गरिने छैन।

म सहमत छु कि यदि मैले यस आवेदनमा समेटिएका सेवाहरूको लागि कुनै पनि प्रकारको भुक्तानी प्राप्त गरेमा म पूर्ण आर्थिक सहायता पुरस्कार फिर्ता गर्नेछु। उदाहरणका लागि, बीमा भुक्तानी, सरकारी कार्यक्रम भुक्तानी, मुकदमाबाट पुरस्कार, वा कुनै अन्य भुक्तानी।

यदि मैले आर्थिक सहायता प्राप्त गरेमा, परिवारको आकार, आय, र स्वास्थ्य बीमा कभरेजमा परिवर्तनहरू सहित योग्यतालाई असर गर्न सक्ने कुनै पनि परिवर्तनहरूको बारेमा स्कायरल हिल हेल्थ सेन्टरलाई सचेत गराउन सहमत छु। म बुझ्छु कि यदि म वा परिवारमा कोही सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम वा स्वास्थ्य बीमाको लागि योग्य हुन्छु भने, म यी कार्यक्रमहरूको लागि आवेदन दिनेछु र SHHC लाई नयाँ कभरेज प्रदान गर्नेछु।

हस्ताक्षर

मिति

हस्ताक्षर

मिति

जानकारी फिर्ता गर्नुहोस्:

स्कायरल हिल स्वास्थ्य केन्द्र

Attn: CAC/आउटरिच र नामांकन

4516 ब्राउन हिल रोड

पिट्सबर्ग, PA 15217

महत्त्वपूर्ण फोन नम्बरहरू:

मेडिकल अपोइन्टमेन्टहरू: 412-422-7442

दन्त नियुक्तिहरू: 412-697-7997

CAC/आउटरिच र नामांकन:: 412-904-5285

फ्याक्स नम्बर 412-904-5025