

## Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera de Squirrel Hill Health Center

El Centro de Salud Squirrel Hill ("Squirrel Hill Health Center, SHHC") proporciona servicios de atención médica, odontológica y de salud conductual a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. **Se anima a todo paciente sin cobertura de seguro de salud o con cobertura limitada, o que esté atravesando dificultades financieras, a que solicite nuestra escala de tarifas móviles mediante la solicitud que se adjunta.** Una vez que el SHHC reciba la solicitud y todos los comprobantes de ingresos necesarios, se revisará y determinará el nivel de descuento en función de las pautas federales de pobreza publicadas para el año en curso. Las pautas federales de pobreza se actualizan anualmente y son publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Las decisiones se tomarán en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud llenada. Las solicitudes presentadas son estrictamente confidenciales. La información no se comparte con ninguna persona ni organización ajena al SHHC.

Si los ingresos del hogar superan el 200 % del índice de pobreza, según las pautas federales, no podremos ofrecer ningún descuento de tarifa móvil. Si el paciente está asegurado pero cumple con los requisitos de ingresos para obtener un descuento y nuestro contrato con el plan del seguro lo permite, SHHC presentará primero todos los cargos a la compañía de seguros y, posteriormente, cualquier saldo pendiente remanente del paciente será elegible para el programa de tarifas móviles.

Los niños solo podrán optar por la escala de tarifas móviles si no son elegibles para la cobertura de Medical Assistance o de Chip. Si los padres necesitan ayuda para solicitar la cobertura de Medical Assistance o de Chip, un coordinador de extensión e inscripción (Outreach and Enrollment, OE) podrá ayudarlos con el proceso.

Todos los pacientes son elegibles para acceder a un plan de pagos sin intereses. Los pacientes interesados en un plan de pago deben ponerse en contacto con el departamento de facturación para acordar un plan.

Para todos los servicios que no sean de urgencia, en especial los servicios dentales, la solicitud de tarifas móviles debe completarse antes de la primera cita, pero debe completarse dentro de los 30 días de la primera visita. En el caso de una verdadera emergencia, no se les negará tratamiento a los pacientes mientras se procesa la solicitud de tarifa móvil. Si no puede presentar la documentación dentro de ese plazo, comuníquese con el coordinador de OE quien podría otorgarle una extensión de 30 días. Si tiene alguna dificultad para entender o para completar el formulario, el coordinador de OE puede ayudarlo con este proceso. **Si no completa el formulario, será responsable del 100 % de los cargos incurridos. Esto incluye cualquier descuento que se aplicaría en consultorios externos en función de la aprobación de esta solicitud. Le recomendamos que solicite la escala de tarifas móviles.**

Durante el proceso de solicitud, usted será responsable del pago de la tarifa mínima nominal en cada visita. Si, una vez procesada la solicitud, no cumple con los requisitos para el programa o califica para un nivel de tarifa nominal superior, se le facturará la diferencia. En visitas futuras, usted será responsable de realizar el pago correspondiente, según lo indicado en su carta de aprobación. De todos modos, si no puede cubrir el pago completo, podrá acordar un plan de pagos sin intereses.

A continuación, se muestra un resumen de los pagos de tarifas móviles:


	MÉDICO	DENTAL	SALUD CONDUCTUAL
Nivel de pobreza del 100 % o inferior	\$15.00	\$25.00	\$5.00
Nivel de pobreza del 101 al 125 %	\$25.00	Descuento del 80 %	\$6.00
Nivel de pobreza del 126 al 150 %	\$35.00	Descuento del 60 %	\$7.00
Nivel de pobreza del 151 al 175 %	\$45.00	Descuento del 40 %	\$8.00
Nivel de pobreza del 176 al 200 %	\$55.00	Descuento del 20 %	\$9.00
Nivel de pobreza del 201 % o superior	Cargos completos	Cargos completos	Cargos completos

### Algunos servicios que se consideran no cubiertos u opcionales podrían tener cargos adicionales.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame al 412-442-7442 ext. 9904. Una vez llenada la solicitud, envíela junto con la documentación de respaldo necesaria a:

Squirrel Hill Health Center  
Outreach and Enrollment 4516  
Browns Hill Road Pittsburgh PA  
15217

Aprobación de la Junta: 1/28/25

Firma del presidente de la Junta: 

**Squirrel Hill Health Center**  
**Solicitud de asistencia financiera**

**Comprobante de ingresos:**

SHHC requiere documentación independiente con la información más reciente de los ingresos de su hogar. El orden de preferencia, según la información más reciente, sería el siguiente:

- ❖ Tres (3) recibos de sueldos más recientes que demuestren los ingresos acumulados del último año.
- ❖ Declaración actual de beneficios por pensiones, seguridad social, discapacidad, indemnización por accidente laboral o desempleo.
- ❖ Declaración actual de beneficios en efectivo de Asistencia pública (bienestar).
- ❖ Denegación actual de cobertura de Medical Assistance que demuestre los ingresos.
- ❖ Carta actual de verificación del salario por parte del empleador.

Si no dispone de ninguno de los datos anteriores, consulte con un coordinador de OE para saber qué otra información podría utilizarse.

**Información del hogar:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo/otro: \_\_\_\_\_

- 1) ¿Es usted estudiante?     Sí  No                      Tiempo completo\_ Tiempo parcial
- 2) ¿Figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?     Sí  No
- 3) ¿Está usted o algún miembro del hogar embarazada? \_\_\_\_\_  Sí  No    Nombre: \_\_\_\_\_
- 4) ¿Tiene cobertura médica? \_\_\_\_\_  Sí  No    Nombre/tipo de seguro: \_\_\_\_\_

**Enumere a todas las personas que viven en su hogar a las que les proporciona apoyo financiero O que le proporcionan apoyo financiero a usted.**

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Niño menor de 18 años elegible para el programa Chip	Número de horas por semana
1.	Usted			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Aprobación de la Junta:  
 1/28/25 Firma del

*Margi Patruska*

¿Qué servicios o beneficios ha solicitado usted o algún miembro de su hogar, y sí los recibió o se los denegaron?

	Solicitado	Denegado	Recibido, ¿fecha, monto mensual?
Asistencia médica	_____	_____	_____
Desempleo	_____	_____	_____
Seguridad Social	_____	_____	_____
Discapacidad	_____	_____	_____
Indemnización laboral	_____	_____	_____
Manutención infantil	_____	_____	_____
Pensión alimenticia	_____	_____	_____
Cupones de alimentos	_____	_____	_____
Asistencia pública (bienestar)	_____	_____	_____
Otros beneficios	_____	_____	_____

### Cómo funciona la escala de pagos de tarifas móviles\*

A continuación, se presenta un cuadro en el que se muestran algunos cargos comunes que un paciente podría afrontar en SHHC. En función del nivel de descuento aprobado, el cuadro muestra cuánto tendría que pagar el paciente por el servicio.

Tipo de consulta:	Precio completo	Tarifa nominal	Descuento del 80 %	Descuento del 60 %	Descuento del 40 %	Descuento del 20 %	No elegible o no completado
Visitas al consultorio limitadas para pacientes nuevos 99203	\$231.00	\$15.00	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$231.00
Visitas al consultorio limitadas para pacientes establecidos 99213	\$173.00	\$15.00	\$15.00	\$30.00	\$45.00	\$60.00	\$173.00
45-50 sesiones de terapia 90806	\$120.00	\$5.00	\$6.00	\$7.00	\$8.00	\$9.00	\$120.00
4-6 visitas prenatal 59425	\$209.00	\$15.00	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$209.00
Examen bucal integral con radiografía completa D0150 & D0210	\$201.00	\$25.00	\$40.20	\$80.40	\$120.60	\$160.80	\$201.00

**\*Tenga en cuenta que este cuadro solo ofrece estimaciones. Pueden aplicarse tarifas y cargos adicionales.**

Al firmar a continuación, certifico que toda la información que he presentado es verdadera. Entiendo que cualquier información incorrecta, incompleta o falsa que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre podría resultar en la anulación de mi solicitud de asistencia financiera. Entiendo que es posible que se pueda solicitar más información antes de determinar mi elegibilidad.

Los miembros adultos del hogar que firman a continuación autorizan la divulgación de cualquier información médica, financiera o laboral relacionada directamente con la elegibilidad para recibir atención médica o asistencia financiera para todas las personas mencionadas en esta solicitud. Se podrá divulgar esta información a cualquier proveedor de atención médica con quien el SHHC esté trabajando para garantizar servicios médicos auxiliares en nombre del paciente. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial bajo las provisiones de las regulaciones federales de la Ley HIPPA y no se compartirá con ninguna otra agencia gubernamental.

Acepto reembolsar la totalidad de la asistencia financiera otorgada si recibo algún tipo de pago por los servicios cubiertos en esta solicitud. Por ejemplo, pagos de seguros, pagos de programas gubernamentales, Aflac, indemnizaciones por demandas o cualquier otro pago.

Si recibo asistencia financiera, me comprometo a informar a Squirrel Hill Health Center sobre cualquier cambio que pudiera afectar la elegibilidad, incluidos los cambios en la cantidad de integrantes en el hogar, los ingresos y la cobertura del seguro de salud. Entiendo que si yo o algún integrante del hogar se volviera elegible para recibir programas de asistencia financiera o de seguros médicos, solicitaré la asistencia de estos programas y proporcionaré la nueva cobertura a SHHC.

Entiendo que, tras la aprobación, SHHC hará todo lo posible para garantizar que reciba descuentos comparables en otros centros involucrados en mi atención médica coordinados aquí. Entiendo que estos suelen ser solo descuentos y que, aún así, podrían dar lugar a que yo sea financieramente responsable de todas o parte de las facturas de dichos centros de atención externos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

<b>Devuelva la información a:</b>	<b>Números de teléfono importantes:</b>	
Squirrel Hill Health Center	Citas médicas:	412-422-7442 opción 1
A/A: Outreach & Enrollment	Citas odontológicas:	412-697-7997
4516 Browns Hill Road	Outreach & Enrollment:	412-442-7442 ext. 9904
Pittsburgh, PA 15217	Número de fax:	412-904-5025
	Departamento de facturación:	412-422-7442 opción 6
Revisado el 3/10/16-SB		