



REQUISITOS DE LA ESCALA DE TARIFAS MÓVILES

Ninguna solicitud será revisada sin la documentación requerida.

- Documentación de TODAS los ingresos actuales del hogar para CADA miembro del hogar, pariente o no, que resida en el hogar; documentos de verificación de ingresos requeridos:
 - Los 4 cheques de pago/ingresos más recientes, talons/recibos/esta dos de cuenta y declaración de impuestos federales individuales o conjuntos del año anterior, solo la primera página que muestre el ingreso bruto.
- Además de cualquiera de los siguientes, si corresponde:
 - Estado de cuenta del Seguro Social que muestre la cantidad bruta recibida actualmente.
 - Carta de concesión de la Universidad con el importe total de las becas o préstamos recibidos.
 - Cualquier otra forma de ingreso de inversiones, beneficios de jubilación, etc.

*NOTA: Activos brutos familiares combinados máximos de \$200,000. El número total de hogares para determinar el nivel de la tarifa excluye a cualquier miembro del hogar atendido por MA/MNCare u otro seguro dental, pero cualquier ingreso de esos miembros asegurados se contará para el ingreso total.

- Una carta de denegación que muestre que se le ha denegado recientemente MA/MNCare.
- Si no ha solicitado MA/MNCare recientemente o nunca, se le pedirá que lo haga antes de que se le permita solicitar el programa de escala móvil de tarifas.
- Un formulario de inscripción complete, firmado por todos los miembros adultos del hogar.

PROCEDIMIENTO

- Proporcione toda la documentación requerida a la Clínica por correo, correo electrónico o entrega en mano antes de la primera cita si es posible.
- Luego de que el Director de la Clínica revise los documentos, se le notificará por teléfono o por correo el resultado de su solicitud. Se puede solicitar información adicional y/o una reunión confidencial con el Director Ejecutivo de la Clínica.

**Tenga en cuenta-el tamaño de la familia/hogar DEBE informarse con precisión. La familia se define a estos efectos como la madre, el padre, los hijos, la pareja, el esposo, la esposa, el adulto dependiente o el hijo que es mantenido por la familia. TODOS los ingresos y/o el tamaño de la familia/hogar, los cambios matrimoniales deben informarse de inmediato a la clínica. TODA la información de contacto debe actualizarse con los cambios.

**Toda la información recibida se considera confidencial. Puede solicitarnos una copia de nuestra Política de Privacidad.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE DESCUENTO DE LA ESCALA DE CUOTAS

La Clínica Dental Caring Hands puede ofrecer servicios dentales a una tarifa reducida según el número total de miembros en el hogar, no inscritos en un Programa de Atención Médica de MN u otro programa de seguro dental, y los ingresos combinados de todos los miembros del hogar, relacionados o no. Para determinar la posibilidad de elegibilidad en este programa de tarifa reducida, se requiere toda la documentación adecuada de ingresos y tamaño del hogar, consulte el formulario de procedimiento. Si la prueba de ingresos no es verificable o proporcionada, así como el tamaño del hogar, los seguros y cualquier otro requisito, los solicitantes no podrán participar en este programa y pueden ser referidos a otras opciones.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE(S)

Apellido _____	Nombre de pila _____	for office use only
Apellido _____	Nombre de pila _____	Total in household _____
Dirección _____		Annual gross income of all members \$ _____
Ciudad _____ Condado _____ Cremallera _____		Qualified for Fee Scale? YES / NO
Teléfono: _____		By: _____

Enumere TODAs las personas en su hogar (incluya a usted mismo, cónyuge, hijos y TODOS los demás, relacionados o no)

Apellido	Nombre de pila	Fecha de nacimiento	Seguridad Social	Relación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Valor bruto total de los activos del hogar, incluye vehículos, casa, propiedades, equipo de recreación, existencias, etc. \$ _____

- ¿Tiene usted o algún miembro del hogar algún seguro del Programa de atención médica de Minnesota, como Asistencia médica o MNCare Sí: _____ No: _____
- ¿Alguien en el hogar tiene seguro dental privado? Sí: _____ No: _____
- ¿Ha solicitado MA o MNCare y se le ha negado? Sí: _____ No: _____ If yes, provide copy of recent denial letter.

Mi firma a continuación certifica que, bajo pena de perjurio, todas las declaraciones realizadas en esta solicitud de elegibilidad son verdaderas, precisas y completas. Si hay algún cambio en los ingresos o el tamaño del hogar, u otra información pertinente, me comunicaré con el Director de la Clínica de inmediato. Al firmar a continuación, también acepto ser responsable de todos y cada uno de los pagos adeudados en el momento del servicio. El costo del examen dental inicial se discutirá cuando se haga la cita. En el momento de su cita, un plan de se desarrollará un tratamiento para los servicios necesarios que le mostrarán lo que costará. También se discutirán los métodos de pago.

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____