

Eau Claire Cooperative Health Centers, Inc.

Plan El Buen Samaritano (GSP)

Eau Claire Cooperative ofrece asistencia financiera a los pacientes y miembros familiares que califiquen para visitas y recetas médicas en cualquiera de nuestras clínicas y farmacias. Todos los laboratorios serán procesados de acuerdo al nivel financiero. Todos los pacientes en el plan tendrán que proveer identificación apropiada.

¡Asistencia financiera puede comenzar hoy!
Para ver si califica, repase la siguiente información
Cualificar es tan fácil como 123 ó ABCD

Encuentre su Tamaño Familiar e Ingreso Mensual en el cuadro.

Paso 1. Circule el Tamaño o Familiar

Paso 2. Circule el Ingreso Mensual (en la misma línea A) por el tamaño familiar que elija.

El Ingreso del hogar tendrá que estar en rango de calificación.

Paso 3. Circule la categoría A, B, C, ó D que quede en su rango de ingreso.

CUADRO # 1-Encuentre Su Nivel Financiero

Tamaño Familiar	Ingreso De ó Menos de	Nivel de Ingreso Mensual		Ingreso De ó Mas de
	A- \$20.00	B- \$35.00	C- \$45.00	D-100% de los cargos
1	1218	1219-1498	1499-1805	1806
2	1639	1640-2016	2017-2428	2429
3	2060	2061-2533	2534-3052	3053
4	2481	2482-3050	3051-3675	3676
5	2901	2902-3568	3569-4298	4299
6	3322	3523-4085	4986-4922	4923
7	3743	3744-4602	4607-5545	5546
8	4164	4165-5120	5121-6168	6169

Ingreso A o Por Encima De El Nivel D Paga El 100%

Si Circula A – B – C – D Esto Pagara Por Los Siguietes Servicios:

Cuadro # 2 - Su Categoría De Nivel Financiero

Categoría De Nivel Financiero	Visitas Médicas	MD Durante Hospitalización (Por Día)	Procedimiento Médicos (Por \$100)	Servicio De Laboratorio (Por Examen)
A	\$20.00	\$20.00	\$20.00	Precio Descontado
B	\$35.00	\$35.00	\$35.00	Precio Descontado
C	\$45.00	\$45.00	\$45.00	Precio Descontado
D	100%	100%	100%	Precio Descontado

Por Ejemplo:

Paso 1. Si su Tamaño Familiar es 4 (Circule el 4)

Paso 2. Si su Ingreso Mensual es \$2490 (Circule el rango 2482 – 3050)

Paso 3. Su rango de ingreso debe estar en Categoría B, (Circule B) todos los pagos serán marcados en la línea B del cuadro.

Para mas información sobre el Plan del Buen Samaritano, favor de ponerse en contacto con el Coordinador del Plan, (803) 733-5969 extensión 4168 o 4129

Para Aplicar Para El Buen Samaritano, Necesitamos Saber Lo Siguiente... Fecha: ____/____/____
(Fecha en que entrega la aplicación)

Información Familiar:

(Mayor de 18 Años)

Nombre Del Aplicante _____ # Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Teléfono (Hogar) _____ Teléfono (Trabajo) _____

Por favor numere todos los miembros del hogar (**Incluya su nombre en la primera línea**)

# de personas	Nombre y Apellido <i>(Indicar padres e hijos)</i>	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Número del Seguro Social	Alumno	Empleado	Otro	Uso De Oficina
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Para asistencia financiera mas allá de hoy, Identificación e verificación de ingreso son requeridas...

PERSONAS CON COBERTURA DE SEGURO MEDICO COMERCIAL NO SON ELEGIBLES PARA APLICAR PARA EL BUEN SAMARITANO (GSP)

<p><i>¡Solo una de las siguientes Documentación De Ingreso e Identificación Vigente Es Necesaria! Traer una antes de su siguiente visita</i></p>	<p>De acuerdo con las leyes federales, Yo certifico que la información sometida es verdad. La información deberá ser verificada y cambiada anualmente o cada vez que sea necesario</p>
<p>1 Talonarios de cheque (dentro de 30 dias de aplicacion) Fecha: _____ Semanal \$ _____ O Cada (2) semanas \$ _____ O mensual \$ _____</p>	<p style="text-align: center;">_____ Firma Del Apicante Fecha</p>
<p>2 Carta de Beneficios de Desempleo (aceptado solo si sus beneficios estan siendo pagados)</p>	<p><i>Pacientes que no provean la documentación requerida tendrán que pagar los cargos completos en la siguiente vista</i></p>
<p>3 Forma 1040 de Impuestos IRS y W-2 para 2008</p>	<p><i>Uso de Oficina</i></p>
<p>4 Carta de Patrón declarando sus salario/sueldo (Carta debe contener el numero TIN–Numero de Identificación Patronal—y numero de Teléfono de Patrón.)</p>	
<p>5 Talonario de Cheque de Seguro Social o carta de beneficios</p>	<p>Approved _____ Level _____ Date _____ Disapproved _____ Reason _____</p>
<p>6 Carta de asistencia Publica</p>	<p>CSR/CSTL SIGNATURE _____</p>
<p>7 Otra Prueba de Ingreso (basado en aprobacion de Gerente de Facturación)</p>	<p>Weekly _____ Monthly _____ Yearly _____</p>
<p>Identificación Vigente para todos los miembros</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____</p>	

Para mas información sobre el Plan del Buen Samaritano, favor de ponerse en contacto con el Coordinador del Plan, (803) 733-5969 extensión 4168 o 4129