



## Lunera Health Sliding Fee Discount Program Application

Para solicitar servicios con descuento en Lunera Health, necesitamos saber sobre su familia e ingresos. Esta información solo se utiliza para calcular su descuento y se **mantiene confidencial**.

| Información del solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Nombre del paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha de nacimiento:                               |                          |
| Si el paciente es menor de 18 años, nombre del padre/tutor legal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Relación:                                          |                          |
| ¿Tienen seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro médico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                          |
| ¿Está preparado para pagar una visita con el proveedor hoy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                          |
| ¿Está empleado actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                          |
| Información del hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                          |
| Enumere <b>TODOS LOS MIEMBROS</b> de su hogar. Incluya a aquellos que contribuyen a los ingresos del hogar y a todas las personas de las que es financieramente responsable o aquellas que puede reclamar en sus impuestos. (El espacio adicional para los miembros del hogar se encuentra en el reverso).<br>Si tiene hijos menores de 18 años, Lunera Health lo alienta a solicitar Medicaid como la mejor opción para usted y su familia si no puede pagar los servicios médicos.                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                          |
| ¿Cuántas personas hay en tu familia? # de niños: _____ # de adultos: _____ = _____ total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                          |
| Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fecha de Nacimiento                                | Relación con el paciente |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
| Información de ingresos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                          |
| Proporcione una estimación de los ingresos de su hogar, incluidos todos los miembros de su familia. (Los ingresos se calculan antes de impuestos).<br><b>Mi hogar gana \$</b> _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual<br>Por favor, marque qué artículo(s) proporcionará(n) como prueba de ingresos:<br><input type="checkbox"/> Talón de pago más reciente <input type="checkbox"/> Carta del empleador <input type="checkbox"/> formulario(s) W-2, 1099, 1040<br><input type="checkbox"/> carta de adjudicación o declaración de beneficios <input type="checkbox"/> Otro/ Ninguno |                                                    |                          |
| Cero ingresos / Sin comprobante de ingresos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                          |
| Si no puede proporcionar PRUEBA DE INGRESOS, no tiene INGRESOS o tiene una DIFICULTAD, proporcione una breve descripción de su situación actual:<br><input type="checkbox"/> I no puedo proporcionar ingresos <input type="checkbox"/> No tengo ingresos <input type="checkbox"/> estoy teniendo dificultades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                          |
| Certificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |                          |
| Al firmar esto, certifico que toda esta información es verdadera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                          |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | _____ / _____ / _____                              |                          |
| <b>Firma</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Fecha</b>                                       |                          |
| (Paciente o tutor legal / pariente más cercano / representante autorizado, si el paciente no puede firmar)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (La elegibilidad vence a los 12 meses de la fecha) |                          |

| Información del hogar, continuación |                     |                          |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nombre                              | Fecha de Nacimiento | Relación con el paciente |
|                                     |                     |                          |
|                                     |                     |                          |
|                                     |                     |                          |
|                                     |                     |                          |

  

| Solo para uso de oficina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Household Size: _____ Household Income: \$_____</p> <p><input type="checkbox"/> Approved – 1 year from application date; Slide Approved: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> Denied / Full Fee</p> <p>Routed to GPW Leadership or Designee for no income/ hardship review:</p> <p><input type="checkbox"/> Slide Approved: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> Approved - Hardship; Timeframe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Denied / Full Fee</p> <p><b>Staff Signature:</b> _____ <b>Date:</b> ____/____/____</p> |
| <p>Reviewer's Notes: _____</p> <p>Application Validated by Designee: _____</p> <p>Date: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |