



## Formulario de solicitud de asistencia financiera

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Es usted residente del estado de Iowa? Sí No ¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No

¿Está solicitando asistencia financiera para Servicios de salud mental o Servicios de sustancias?

¿Está usted actualmente cubierto por algún plan de seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del plan?: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar ha solicitado Medicaid? Sí No

¿Estado de la solicitud de Medicaid? Solicitada, esperando notificación de decisión

Cobertura denegada, debido a: \_\_\_\_\_

La brecha de elegibilidad se cubrirá en un mes

Otro: \_\_\_\_\_

Enumere a continuación todos los miembros del hogar, incluido usted mismo:

Nombre y apellido	Fecha de Nacimiento	Número de seguridad social	Fuente de ingresos	Relación

Detalles del ingreso mensual bruto:

Número de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_

Número de niños en el hogar: \_\_\_\_\_

Actualmente empleado:    Sí    No

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo completo    Tiempo parcial    Temporada    Otro: \_\_\_\_\_

Para continuar con el proceso de solicitud, complete el formulario de Servicios de salud conductual del estado de Iowa.

Formulario de elegibilidad.

Certifico que la información que he proporcionado es exacta y completa. Entiendo que se me solicitará que actualice mi información.  
periódicamente e informar cualquier cambio en la cobertura del seguro lo antes posible. Reconozco que SIMHC utiliza impuestos federales  
dólares para ayudarme a recibir atención médica. Entiendo que proporcionar información falsa sobre los ingresos de mi hogar es  
considerado fraude contra el gobierno de los Estados Unidos.

Solicitante/Garante: \_\_\_\_\_ (Imprimir)                      Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante/garante: \_\_\_\_\_

\*Nota: Los servicios de laboratorio y farmacia se facturan independientemente de SIMHC y no están cubiertos por la Asistencia Financiera.

Programa

SOLO PARA USO DE OFICINA ----Asistencia financiera

Utilizando la información proporcionada por el Solicitante y la Tabla de Lineamientos de Pobreza, calcule lo siguiente:

Ingreso familiar BRUTO anual: \_\_\_\_\_ # Personas en el hogar \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ %PGL

Para calificar para asistencia financiera, el solicitante debe tener un %PGL del 200% o menos.

\_\_\_\_\_ Elegible para recibir asistencia                      \_\_\_\_\_ No es elegible para recibir asistencia

## DETERMINACIÓN DEL TIPO DE ASISTENCIA

Si el solicitante es elegible para recibir asistencia y NO tiene seguro, siga este procedimiento:

A esta persona se le facturará a través del Sistema de información de gestión de red de seguridad no relacionada con Medicaid (SN-MIS) del HHS de Iowa.

Esto NO es un seguro, sino una forma en que el Estado de Iowa nos reembolsará a una tasa reducida mientras trabajamos con el solicitante.

para solicitar Medicaid.

Paso 1: Aunque no sea un "Seguro" verdadero en Credible, lo ingresaremos como tal para que los reclamos se realicen correctamente.

Al ingresar la información del seguro del paciente, primero consulte el % de asistencia calculado anteriormente y luego

Los solicitantes que califican para el 100% de asistencia, en Credible, deben seleccionar el seguro IA SN-MIS. Para la identificación del seguro, utilicen su...

Número de Seguro Social. Para la fecha de inicio de la cobertura, utilice la fecha de determinación de elegibilidad. Para la fecha de finalización de la cobertura, utilice 90 días a partir de la fecha de

Elegibilidad.

Paso 2: Programe al solicitante con un coordinador de atención para que lo ayude con su solicitud de Medicaid.

Si el solicitante es elegible para recibir asistencia y tiene seguro y es residente del estado de Iowa y está buscando ayuda financiera \_\_\_\_\_

Asistencia para la Salud Mental y no para Sustancias- Siga este procedimiento:

Esta persona es elegible para la Asistencia de Subvención en Bloque de Iowa según la Escala Móvil de Tarifas. Utilizando el %PGL calculado anteriormente, consulte

Gráfico del % de honorarios adeudados por el cliente frente al % de honorarios adeudados por la subvención. Ingrese los importes a continuación.

\*% de la tarifa adeudada por el cliente \_\_\_\_\_%                      % de la tarifa adeudada por la subvención \_\_\_\_\_%

Al ingresar la información del seguro del paciente, para el Seguro seleccione IA DHS BLOCK GRANT, para el

Identificación del seguro, utilice su número de seguro social, para la fecha de inicio de la cobertura, utilice la fecha de determinación de elegibilidad, para la fecha de finalización de la cobertura, utilice 90

Días a partir de la fecha de elegibilidad.

Si el solicitante es elegible para recibir asistencia y tiene seguro y no es residente de Iowa o está buscando ayuda financiera \_\_\_\_\_

Asistencia para el tratamiento de sustancias: siga este procedimiento:

Esta persona es elegible para la Asistencia Financiera de SIMHC según la Escala Móvil de Honorarios. Utilizando el %PGL calculado anteriormente, consulte

Gráfico del % de honorarios adeudados por el cliente frente al % de honorarios adeudados por la subvención. Ingrese los importes a continuación.

\*% de la tarifa adeudada por el cliente \_\_\_\_\_% % de la tarifa adeudada por la subvención \_\_\_\_\_%

Al ingresar la información del seguro del paciente, para el Seguro seleccione SIMHC FA, para el ID del Seguro utilice

su número de seguro social, para la fecha de inicio de la cobertura, utilice la fecha de determinación de elegibilidad, para la fecha de finalización de la cobertura, utilice 90 días a partir de la

Fecha de elegibilidad.

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma autorizante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Una vez completada la solicitud:

Solicitud de asistencia financiera de SIMHC - Revisada el 25/06/2025

\_\_\_\_\_ Completar un documento de "Notificación de decisión" para el solicitante

\_\_\_\_\_ Notificar al solicitante los resultados de la solicitud en persona/por teléfono/correo.

\_\_\_\_\_ Escanee el "NOD", las solicitudes y la documentación en Credible Chart y guárdelos en la carpeta Financiera.

\_\_\_\_\_ Envíe un correo electrónico a Stacey a [sharland@simhcottumwa.org](mailto:sharland@simhcottumwa.org) el nombre del cliente, identificación creíble y si la solicitud fue denegada o aprobado.

\_\_\_\_\_ Introduzca una alerta de la fecha de vencimiento de la financiación en Credible en Advertencias.

\_\_\_\_\_ Revisar el estado de la pregunta "¿Tiene el paciente seguro CCBHC?" en el Perfil de Paciente Creíble para Precisión y actualización si es necesario.

\_\_\_\_\_ Cliente notificado por el personal Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del personal: \_\_\_\_\_