



## Solicitud para el Programa de descuento de tarifa variable

Es política de Community Health Net de prestar servicios independientemente de la capacidad de pago del paciente. Como Centro médico calificado a nivel federal, Community Health Net ofrece un programa de descuento de tarifa variable diseñado para que los pacientes puedan pagar los servicios de atención médica según el tamaño de la familia y los ingresos; por lo tanto, los pacientes que ganan menos dinero pagarán menos que los que ganan más. El descuento se aplicará a los servicios recibidos en todos los centros de Community Health Net. Se aplican algunas exclusiones.

Para pedir los beneficios del programa de descuento de tarifa variable, complete la siguiente información y devuelva el formulario en recepción con los comprobantes de ingresos familiares y una identificación con foto. Para seguir siendo elegible para el descuento, este formulario debe completarse cada 12 meses o si cambia su situación familiar/económica.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Indique los nombres de todos los miembros del grupo familiar			Fecha de nacimiento
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	MM/DD/AAAA

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de molde), certifico que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. Acepto informar a Community Health Net si hay cambios en el tamaño de mi grupo familiar o en los ingresos. Soy consciente de que esta información se revisa según las Directrices federales de pobreza que publica cada año el gobierno federal.

**Entiendo que debo volver a calificar anualmente para mantener la elegibilidad.**

X \_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante o parte responsable Fecha

TO BE COMPLETED BY COMMUNITY HEALTH NET STAFF				
Household Size: _____	Annual Income: \$ _____	Person Number: _____		
		OR		
Refused to Complete: _____	Income Verified: _____	Photo ID Copied: _____	Account Number: _____	
Verified By: _____	Effective Date: _____		Discount (circle one)	
Expiration Date: <u>Sooner of 2/28/2023 or 1 year from effective date</u> A    B    C    D    DQ				

# Hay ayuda para pagar su atención médica: Programa de descuento de tarifa variable de Community Health Net

Tamaño de la familia	Descuento A \$25.00* *tarifa nominal		Descuento B \$35.00		Descuento C \$45.00		Descuento D \$55.00		Tarifa completa 100 %
	De	A	De	A	De	A	De	A	
<b>1 persona</b>									
Anual	\$0	\$13,590.00	\$13,591.00	\$18,210.60	\$18,210.61	\$22,695.30	\$22,695.31	\$27,180.00	\$27,181.00
Semanal	\$0	\$261	\$262	\$350	\$351	\$436	\$437	\$523	\$524
<b>2 personas</b>									
Anual	\$0	\$18,310.00	\$18,311.00	\$24,535.40	\$24,535.41	\$30,577.70	\$30,577.71	\$36,620.00	\$36,621.00
Semanal	\$0	\$352	\$353	\$472	\$473	\$588	\$589	\$704	\$705
<b>3 personas</b>									
Anual	\$0	\$23,030.00	\$23,031.00	\$30,860.20	\$30,860.21	\$38,460.10	\$38,460.11	\$46,060.00	\$46,061.00
Semanal	\$0	\$443	\$444	\$593	\$594	\$740	\$741	\$886	\$887
<b>4 personas</b>									
Anual	\$0	\$27,750.00	\$27,751.00	\$37,185.00	\$37,185.01	\$46,342.50	\$46,342.51	\$55,500.00	\$55,501.00
Semanal	\$0	\$534	\$535	\$715	\$716	\$891	\$892	\$1,067	\$1,068
<b>5 personas</b>									
Anual	\$0	\$32,470.00	\$32,471.00	\$43,509.80	\$43,509.81	\$54,224.90	\$54,224.91	\$64,940.00	\$64,941.00
Semanal	\$0	\$624	\$625	\$837	\$838	\$1,043	\$1,044	\$1,249	\$1,250
<b>6 personas</b>									
Anual	\$0	\$37,190.00	\$37,191.00	\$49,834.60	\$49,834.61	\$62,107.30	\$62,107.31	\$74,380.00	\$74,381.00
Semanal	\$0	\$715	\$716	\$958	\$959	\$1,194	\$1,195	\$1,430	\$1,431
<b>7 personas</b>									
Anual	\$0	\$41,910.00	\$41,911.00	\$56,159.40	\$56,159.41	\$69,989.70	\$69,989.71	\$83,820.00	\$83,821.00
Semanal	\$0	\$806	\$807	\$1,080	\$1,081	\$1,346	\$1,347	\$1,612	\$1,613
<b>8 personas</b>									
Anual	\$0	\$46,630.00	\$46,631.00	\$62,484.20	\$62,484.21	\$77,872.10	\$77,872.11	\$93,260.00	\$93,261.00
Semanal	\$0	\$897	\$898	\$1,202	\$1,203	\$1,498	\$1,499	\$1,793	\$1,794

### Community Health Net es un Centro médico calificado a nivel federal (FQHC)

Como FQHC, podemos ofrecer un descuento en servicios según los ingresos y el tamaño de la familia. Usamos la tabla de arriba para determinar su elegibilidad para un descuento (puede encontrar esta tabla en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.)

#### ¿Qué servicios incluye el programa?

- Visitas de atención primaria en Community Health Net
- Visitas de salud conductual en Community Health Net
- Visitas en la clínica de ojos en Community Health Net
- Visitas de atención dental en Community Health Net
- Farmacia CHN (consulte la sección Farmacia para conocer los artículos elegibles)

#### ¿Qué tipo de servicios NO incluye el programa?

- Visitas en el hospital, servicios de hospital y residencias de atención de largo plazo
- Centros de diagnóstico por imágenes (radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, etc.)
- Laboratorios (ACL, etc.)
- Algunos procedimientos dentales: dentaduras postizas, parciales, coronas o artículos que se hacen en un laboratorio externo



#### Los descuentos de escala variable se determinan mediante:

- Formularios de impuestos federales sobre la renta
- W-2
- Comprobantes de pago consecutivos
- Beneficios por desempleo
- Beneficios del Seguro Social
- También hay opciones de declaración personal

**Se requiere la recertificación anual o cuando haya cambios en el tamaño de la familia o en los ingresos.** Cuando lo hayan aceptado para el programa de descuento de tarifa variable, permanecerá activo en el programa durante **un año**.