

Hay ayuda disponible para pagar por su atención médica: el Sliding Fee Discount Program (Programa de descuentos de escala móvil) de Community Health Net

Tamaño de la familia/family size	discount/Descuento A \$25.00		Discount/Descuento B \$35.00		Discount/Descuento C \$45.00		Discount/Descuento D \$55.00		Full fee/Tarifa completa 100%
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	
1 persona/person									
Anual/annually	\$0	\$15,060.00	\$15,060.01	\$20,180.40	\$20,180.41	\$25,150.20	\$25,150.21	\$30,120.00	\$30,120.01
Semanal/weekly	\$0	\$290	\$290	\$388	\$389	\$484	\$485	\$579	\$580
2 personas/person									
Anual/annually	\$0	\$20,440.00	\$20,440.01	\$27,389.60	\$27,389.61	\$34,134.80	\$34,134.81	\$40,880.00	\$40,881.00
Semanal/weekly	\$0	\$393	\$393	\$527	\$528	\$656	\$657	\$786	\$787
3 personas/person									
Anual/annually	\$0	\$25,820.00	\$25,820.01	\$34,598.80	\$34,598.81	\$43,119.40	\$43,119.41	\$51,640.00	\$51,641.00
Semanal/weekly	\$0	\$497	\$497	\$665	\$666	\$829	\$830	\$993	\$994
4 personas/person									
Anual/annually	\$0	\$31,200.00	\$31,200.01	\$41,808.00	\$41,808.01	\$52,104.00	\$52,104.01	\$62,400.00	\$62,401.00
Semanal/weekly	\$0	\$600	\$600	\$804	\$805	\$1,002	\$1,003	\$1,200	\$1,201
5 personas/person									
Anual/annually	\$0	\$36,580.00	\$36,580.01	\$49,017.20	\$49,017.21	\$61,088.60	\$61,088.61	\$73,160.00	\$73,161.00
Semanal/weekly	\$0	\$703	\$703	\$943	\$944	\$1,175	\$1,176	\$1,407	\$1,408
6 personas/person									
Anual/annually	\$0	\$41,960.00	\$41,960.01	\$56,226.40	\$56,226.41	\$70,073.20	\$70,073.21	\$83,920.00	\$83,921.00
Semanal/weekly	\$0	\$807	\$807	\$1,081	\$1,082	\$1,348	\$1,349	\$1,614	\$1,615
7 personas/person									
Anual/annually	\$0	\$47,340.00	\$47,340.01	\$63,435.60	\$63,435.61	\$79,057.80	\$79,057.81	\$94,680.00	\$94,681.00
Semanal/weekly	\$0	\$910	\$910	\$1,220	\$1,221	\$1,520	\$1,521	\$1,821	\$1,822
8 personas/person									
Anual/annually	\$0	\$52,720.00	\$52,720.01	\$70,644.80	\$70,644.81	\$88,042.40	\$88,042.41	\$105,440.00	\$105,441.00
Semanal/weekly	\$0	\$1,014	\$1,014	\$1,359	\$1,360	\$1,693	\$1,694	\$2,028	\$2,029

Community Health Net es un Federally Qualified Health Center (Centro de salud federal calificado, 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 obtener 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 a la clínica oftalmológica en Community Health Net
- Visitas de atención odontológica en Community Health Net (consulte la sección Odontología para conocer los procedimientos que cumplen las condiciones)
- Farmacia CHN (consulte la sección Farmacia para conocer los artículos que cumplen los requisitos)

¿Qué tipo de servicios NO incluye el programa?

- Visitas al hospital, servicios hospitalarios y centros de atención residencial
- Centros de diagnóstico por imágenes (radiografías, tomografías computadas, resonancias magnéticas, etc.)
- Laboratorios (ACL, etc.)
- Algunos procedimientos odontológicos: Dentaduras postizas, parciales, coronas o cualquier procedimiento que deba llevarse a cabo en un laboratorio externo

Los Descuentos de escala variable se determinan mediante:

- Formularios de impuestos de ingresos federales (federal income tax forms)
- Formularios W-2
- Recibos de sueldo consecutivos/consecutive pay stubs
- Beneficios de desempleo/unemployment benefits
- Beneficios de la seguridad social/social Security benefits
- También hay disponibles opciones de autodeclaración (self-declaration options are also available)

La recertificación es obligatoria anualmente o cuando se produzcan cambios en el tamaño de la familia o en los ingresos. Después de ser aprobado para programa de descuento de escala variable, permanecerá activo en el programa durante un año.





Solicitud para el programa de descuento de escala variable Sliding Fee Discount Program Enrollment Opportunity

Es política de Community Health Net dar servicios independientemente de la capacidad de pago del paciente. Como FQHC, Community Health Net ofrece un programa de descuento de escala 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 aquellos que ganan más. El descuento se aplicará a los servicios recibidos en todos los establecimientos de Community Health Net. Se aplican algunas exclusiones.

Para solicitar los beneficios de Sliding Fee Discount Program, complete la siguiente información y devuelva el formulario en recepción con constancias de los ingresos familiares y una identificación con foto. Para seguir siendo elegible para un descuento, este formulario debe completarse cada 12 meses o si cambia su situación familiar/financiera.

Nombre del solicitante/applicant's name _____

Dirección actual/current address: _____

Dirección de correo electrónico/email _____ Número de teléfono: _____

Select One

Estoy solicitando participar en el Programa de descuento de tarifas variables y solicito que Community Health Net revise mi solicitud y mi información de ingresos. Certifico que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. Si se aprueba, acepto notificar a Community Health Net si hay algún cambio en el tamaño o los ingresos de mi hogar y entiendo que debo recalificar anualmente para mantener la elegibilidad. (applying)

Estoy inscrito en el Programa de Descuento de Tarifa Variable y solicito una renovación anual o realizo un cambio (renewal)

No estoy interesado en solicitar el Programa de Descuento de Tarifa Variable, pero entiendo que puedo optar por presentar una solicitud en cualquier momento comunicándome con Community Health Net. La declinación DEBE firmarse cada año calendario (not interested)

Indique los nombres de todos los miembros del grupo familiar/list ALL household members			Fecha de/Date of Birth:
nombre/First Name	Segundo nombre/M.I.	Apellido/Last Name	MM/DD/YYYY

Firma del solicitante o responsable/Signature of applicant or responsible

Fecha/date

TO BE COMPLETED BY COMMUNITY HEALTH NET STAFF

Household size _____ Annual Income \$ _____

CHN Employee Processing Application _____

Date Application Processed: _____

Finance Department Approval: _____

Date of Finance Approval: _____

Discount Rate Approved For:
A B C D
Copay amount approved for:
\$ _____
Effective Date _____
Expiration Date _____
*365 days from effective