

Pautas de verificación de ingresos con descuento de tarifa variable

ADJUNTO B

Complete la Solicitud de descuento de tarifa variable en su totalidad. Firme y devuelva la solicitud completa y la información del comprobante de ingresos al centro de salud dentro de los 14 días posteriores a la visita inicial. El descuento comenzará el día en que se reciba el comprobante de ingresos.

Los descuentos se basarán en el tamaño del hogar y los ingresos. Regional Health Care Affiliates (RHCA), reconoce que las familias no siempre se ajustan al modelo tradicional. Health First identifica las definiciones de hogar, familia e ingresos de la siguiente manera:

- A. **Casa** Consiste en todas las personas que ocupan una casa o apartamento. Hijos adultos que viven en casa y ya no son dependientes se consideran un hogar separado. Los compañeros de habitación que comparten arreglos de vivienda pero no están vinculados entre sí a través del matrimonio, los hijos o relaciones similares se consideran hogares separados. Aquellos que viven con un amigo o pariente durante un momento de necesidad, también se consideran un hogar separado.
- B. Según la Oficina del Censo, un **familia** se define como un grupo de dos personas o más (uno de los cuales es el cabeza de familia) relacionado por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntos; todas estas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionados) se consideran miembros de una familia.
- C. **Ingresos incluye: ganancias, compensación por desempleo, compensación para trabajadores,** Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia de fuera del hogar, y otras fuentes diversas. Los beneficios que no son en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.

Los pacientes no serán discriminados por edad, sexo, raza, credo, discapacidad, origen nacional o estado de seguro. Se brindará dignidad, confidencialidad y respeto a todos los que busquen y / o se les brinden servicios caritativos.

Debe proporcionar al menos uno de los siguientes:

- Año anterior W-2.
- Dos talones de pago más recientes.
- Carta del empleador que indique los ingresos del paciente. Health First preferiría que el documento esté en papel con membrete y debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador.
- Formulario 4506-T (si no se presentó el W-2).
- Formulario 1040, 1040A o 1040EZ.
- **Carta del Seguro Social para ingresos fijos como seguro social, discapacidad, pensión, etc.**
- Formulario de almuerzo gratuito escolar, que debe incluir el tamaño del hogar y los ingresos.
- **Documentación de compensación por desempleo más reciente.**
- Carta de referencia en papel con membrete de cualquier organización sin fines de lucro 501 (c) (3) como refugios para personas sin hogar o iglesias.
- **Carta del proveedor médico del paciente que indique que el paciente no puede trabajar debido a su estado de salud, cirugía, etc.**
- Las personas que trabajan por cuenta propia deberán presentar detalles de los ingresos y gastos de los últimos tres meses para el negocio.
- Formulario de verificación de empleo de Health First
- Declaración de no ingresos/apoyo de Health First

Nos comunicaremos con usted por escrito si se le niega por cualquier motivo.

Si se aprueba, le enviaremos una tarjeta de diapositivas que identifica su Clase de diapositivas asignada. Muestre la tarjeta de diapositivas a la recepcionista en cada visita. Los especialistas de alcance trabajarán con el personal médico, las compañías farmacéuticas y los recursos de la comunidad local para ayudar a satisfacer las necesidades médicas y sociales, según sea necesario. Los trabajadores de extensión pueden utilizar la información de su solicitud y la verificación de ingresos para solicitar asistencia adicional, según sea necesario.



Solicitud de descuento de tarifa variable

ADJUNTO C

El Programa de descuento de tarifa variable está diseñado para brindar servicios con descuento a pacientes que tienen medios limitados o nulos para pagar sus servicios médicos. La intención del programa de diapositivas es asegurar que a ningún paciente se le nieguen los servicios debido a la incapacidad de un individuo para pagar los servicios. Los descuentos se basarán en los ingresos y el tamaño del hogar.

Las solicitudes del Programa de descuento de tarifa variable cubren los saldos de los pacientes incurridos dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de solicitud aprobada. El solicitante tiene la opción de volver a presentar la solicitud después de que hayan expirado los 12 meses o en cualquier momento en que haya habido un cambio significativo en el tamaño o los ingresos del hogar.

Complete la Solicitud de descuento de tarifa variable en su totalidad. Firme y devuelva la solicitud completa y la información del comprobante de ingresos al centro de salud dentro de los 14 días posteriores a la visita inicial. El descuento comenzará el día en que se reciba el comprobante de ingresos.

El descuento se aplicará a todos los servicios internos recibidos en esta clínica. Los servicios externos, como la interpretación de rayos X, no se incluirán en el Programa de descuento de tarifas de deslizamiento de los centros de salud. Es posible que se apliquen descuentos adicionales para estos servicios como se indica en la Lista de tarifas de diapositivas.

Este formulario debe completarse cada 12 meses o si cambia su situación financiera.

NOTA: Se requiere información de prueba de ingresos antes de que se pueda procesar la calificación de descuento.

Certifico que la información sobre el tamaño del hogar y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Entiendo que Outreach Specialist puede usar la información de mi solicitud y la verificación de ingresos para ayudarme con necesidades médicas y sociales adicionales, según sea necesario.

Nombre (letra de imprenta) _____

Fecha de firma _____

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR			Fecha de nacimiento	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependientes			Fecha de nacimiento	
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependiente			Fecha de nacimiento	
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependiente			Fecha de nacimiento	
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependiente			Fecha de nacimiento	
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependiente			Fecha de nacimiento	
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependiente			Fecha de nacimiento	
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependiente			Fecha de nacimiento	
Empleado Si o no	Empresa Nombre / Fuente de Ingresos	Ingresos antes de impuestos	Quincenalmente Quincenales Anualmente	Seguro primario Nombre
Dependiente			Fecha de nacimiento	

Regional Health Care Affiliates, Inc.
Programa de Tarifas Escalonadas 2025
(Basado en las Directrices Federales de Pobreza del DHHS para 2025)
Efectivo desde el 1 de marzo de 2025

Clase A				
101% o por debajo del nivel de pobreza federal Tarifa nominal de \$10, todo incluido, incluyendo rayos X 100% de Descuento en laboratorios realizados por laboratorios contratados 100% de Descuento en servicios dentales realizados por dentista contratado				
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Semanal	
1	\$ 15,650.00	\$ 1,304.17	\$ 300.96	
2	\$ 21,150.00	\$ 1,762.50	\$ 406.73	
3	\$ 26,650.00	\$ 2,220.83	\$ 512.50	
4	\$ 32,150.00	\$ 2,679.17	\$ 618.27	
5	\$ 37,650.00	\$ 3,137.50	\$ 724.04	
6	\$ 43,150.00	\$ 3,595.83	\$ 829.81	
7	\$ 48,650.00	\$ 4,054.17	\$ 935.58	
8	\$ 54,150.00	\$ 4,512.50	\$ 1,041.35	
Cada adicional	\$ 5,500.00	\$ 458.33	\$ 105.77	

Clase B				
101% a 150% del nivel de pobreza federal \$15 por Visita, todo incluido, incluyendo rayos X 100% de Descuento en laboratorios realizados por laboratorios contratados 100% de Descuento en servicios dentales realizados por dentista contratado				
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Semanal	
1	\$ 23,475.00	\$ 1,956.25	\$ 451.44	
2	\$ 31,725.00	\$ 2,643.75	\$ 610.10	
3	\$ 39,975.00	\$ 3,331.25	\$ 768.75	
4	\$ 48,225.00	\$ 4,018.75	\$ 927.40	
5	\$ 56,475.00	\$ 4,706.25	\$ 1,086.06	
6	\$ 64,725.00	\$ 5,393.75	\$ 1,244.71	
7	\$ 72,975.00	\$ 6,081.25	\$ 1,403.37	
8	\$ 81,225.00	\$ 6,768.75	\$ 1,562.02	
Cada adicional	\$ 8,250.00	\$ 687.50	\$ 158.65	

Clase C				
151% a 175% del nivel de pobreza federal \$20 por Visita, todo incluido, incluyendo rayos X 100% de Descuento en laboratorios realizados por laboratorios contratados 100% de Descuento en servicios dentales realizados por dentista contratado				
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Semanal	
1	\$ 27,387.50	\$ 2,282.29	\$ 526.68	
2	\$ 37,012.50	\$ 3,084.38	\$ 711.78	
3	\$ 46,637.50	\$ 3,886.46	\$ 896.88	
4	\$ 56,262.50	\$ 4,688.54	\$ 1,081.97	
5	\$ 65,887.50	\$ 5,490.63	\$ 1,267.07	
6	\$ 75,512.50	\$ 6,292.71	\$ 1,452.16	
7	\$ 85,137.50	\$ 7,094.79	\$ 1,637.26	
8	\$ 94,762.50	\$ 7,896.88	\$ 1,822.36	
Cada adicional	\$ 9,625.00	\$ 802.08	\$ 185.10	

Clase D				
176% a 200% del nivel de pobreza federal \$25 por Visita, todo incluido, incluyendo rayos X 100% de Descuento en laboratorios realizados por laboratorios contratados 100% de Descuento en servicios dentales realizados por dentista contratado				
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Semanal	
1	\$ 31,300.00	\$ 2,608.33	\$ 601.92	
2	\$ 42,300.00	\$ 3,525.00	\$ 813.46	
3	\$ 53,300.00	\$ 4,441.67	\$ 1,025.00	
4	\$ 64,300.00	\$ 5,358.33	\$ 1,236.54	
5	\$ 75,300.00	\$ 6,275.00	\$ 1,448.08	
6	\$ 86,300.00	\$ 7,191.67	\$ 1,659.62	
7	\$ 97,300.00	\$ 8,108.33	\$ 1,871.15	
8	\$ 108,300.00	\$ 9,025.00	\$ 2,082.69	
Cada adicional	\$ 11,000.00	\$ 916.67	\$ 211.54	

Clase E				
201% o por encima del nivel de pobreza federal No se proporciona descuento				
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Semanal	
1	\$ 31,301.00	\$ 2,608.42	\$ 601.94	
2	\$ 42,301.00	\$ 3,525.08	\$ 813.48	
3	\$ 53,301.00	\$ 4,441.75	\$ 1,025.02	
4	\$ 64,301.00	\$ 5,358.42	\$ 1,236.56	
5	\$ 75,301.00	\$ 6,275.08	\$ 1,448.10	
6	\$ 86,301.00	\$ 7,191.75	\$ 1,659.63	
7	\$ 97,301.00	\$ 8,108.42	\$ 1,871.17	
8	\$ 108,301.00	\$ 9,025.08	\$ 2,082.71	
Cada adicional	\$ 11,000.00	\$ 916.67	\$ 211.54	