



9300 N LOOP DR
CALIFORNIA CITY, CA 93505
Ph. (661) 874-4050
Fx. (661) 874-4051

¿Qué es la escala de descuentos?

Una escala de descuentos es aplicada a los servicios de un sitio, basado en políticas escritas que es no discriminatoria. La escala de descuentos aborda la necesidad de cargos equitativos por servicios a los pacientes. Para determinar la escala de descuento para la que calificas utilizamos tu ingreso anual bruto para calcular el nivel federal de pobreza de acuerdo a las directrices federales más actuales, para ver las directrices más actuales visite la página web:

<http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>

Podemos proveer la escala de descuento sobre pedido.

¿Por qué una escala de descuento?

Los requerimientos federales describen que una escala de descuentos localmente determinada debe ser utilizada, y que los servicios proveídos sean sin costo o con una cuota nominal como sea determinada por el proveedor.

¿Cómo me inscribo en la escala de descuentos?

Traiga comprobante si califica para algún programa de asistencia pública estatal o federal por ejemplo:

- Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDi).
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Programa de comida escolar gratuita o reducida.
- Otros programas de asistencia pública.

Si no tienes seguro y quieres inscribirte debes llenar la solicitud y proveer un:

Comprobante de ingresos actual (talon de cheque, w-2 o 1099, declaración de impuestos),
Information de dependientes (Nombre, fecha de Nacimiento and relacion)

Con estos documentos podemos ayudarte a llenar la solicitud y te dejaremos saber el mismo día cual es la escala de descuento para la que calificas.

***La escala de descuento es revisada y actualizada cada año desde la fecha de inscripción.**

FOR STAFF USE ONLY. APPLICANT IS APPLYING FOR:

<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE PRIMARY CARE
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE BEHAVIORAL HEALTH
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE PAIN MANAGEMENT
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE PSYCHIATRY
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE HOMELESS
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE PODIATRY
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE OB/GYN
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE RYAN WHITE



California City

Yo certifico que la información anterior es verdadera y precisa.

Nombre del cliente **Firma del cliente** **Fecha**

Solicitante /Yo

Dependientes:

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Tamaño de la unidad familiar (incluye solicitante): _____

For Office Use Only / Para uso de Personal Autorizado

Annual Gross Income: \$ _____

Affidavit: _____ Affidavit of Income _____ Support Affidavit _____ **No Income** Affidavit _____ Self Employment

Proof of income

Paystub Award Letter 1099 Form Tax Return w-2 Form

Disability Cash Aid/Calfresh Other Income: _____

Alimony Child Support Social Security TANF General Relief (GR)

% Of FPL: _____ **Sliding Fee Schedule:** _____ **Copay:** \$ _____

BACHC Staff Name

BACHS Staff Signature