



43322 Gingham Avenue Suite 105  
Lancaster, CA 93535  
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
<input type="checkbox"/>	SLIDING FEE SCALE ORTHOPEADIC



**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**