

# Solicitud del Programa de Descuento de escala de tarifas móviles

## ? ¿Cómo funciona el programa de descuento de la escala de tarifas móviles

Como Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC), la Connect Health + Wellness (CHW) debe proporcionar un programa de descuento de escala de tarifas móvil a los pacientes que cumplan con las pautas de elegibilidad. Para determinar si es elegible para este descuento, deberá completar y firmar esta solicitud. La solicitud de descuento de la escala de tarifa móvil se utiliza para determinar la elegibilidad para la escala móvil y para evaluar el nivel de descuento asignado al paciente.

## Además de esta solicitud, deberá proporcionar a CHW los siguientes documentos para solicitar el Programa de descuento de escala de tarifa móvil:

Comprobante de ingresos para usted y cualquier persona que resida / viva en su hogar. Los siguientes elementos pueden ser utilizados como prueba de ingresos:

- + Formularios W-2
- + Dos talones de pago más actuales
- + Declaraciones de impuestos sobre la renta
- + Carta de Beneficios de Desempleo/Carta de Beneficios del Seguro Social/Carta de Beneficios de Asistencia Pública
- + Si no está trabajando y no tiene una fuente de ingresos, una carta de apoyo de alguien que lo esté apoyando financieramente o de la persona con la que vive.

También se requerirá una prueba de identificación en el formulario de dos de los siguientes documentos **VALIDOS y ACTUALES:**

- + Licencia de conducir emitida por el estado
  - + Tarjeta de identificación emitida por el estado
  - + Certificado de nacimiento
  - + Licencia de matrimonio (solo para verificación de nombre)
  - + Insignia de identificación de empleo
  - + Tarjeta de identificación de Medicaid de Virginia
  - + Factura
  - + Pasaporte válido
  - + Tarjeta de registro de extranjero (comúnmente conocida como "tarjeta verde")
- 
- + A los pacientes se les otorgará una exclusión de UNA visita de proporcionar pruebas al proporcionar autocertificación de ingresos.
  - + Sin embargo, para cualquier visita posterior, sin prueba de ingresos, se considerará que el paciente está dentro del "más del 200% de las Pautas Federales de Pobreza" y se facturará al 100% del cargo. El SFDS será válido por un (1) año a partir de la fecha en que se proporcione la prueba de ingresos.
  - + Los pacientes no estarán obligados a solicitar un seguro y serán rechazados como requisito previo para la elegibilidad para el SFDS.
  - + A los pacientes asegurados que son elegibles para SFDS no se les cobrará más de la cantidad que habrían adeudado bajo el SFDS en función de su clase de pago, sujeto a cualquier contrato u otro legal restricciones.

2025	Slide A		Slide B				Slide C				Slide D				FULL Fee	
Federal Poverty Guidelines	Co-payment \$15.00		Co-Payment \$20.00				Co-Payment \$30.00				Co-Payment \$40.00					
Family Size :	0%- 100% of FPG		101% to 150% FPG				151% to 175% FPG				176% to 200% FPG				201% of FPG	
	Mont hly	Annual	Monthly		Annual		Monthly		Annual		Monthly		Annual		Monthl y	Annual
1	\$1,304	\$15,650	\$1,317	\$ 1,956	\$ 15,807	\$ 23,475	\$1,969	\$2,282	\$23,632	\$27,388	\$2,295	\$2,608	\$27,544	\$31,300		
2	\$1,763	\$21,150	\$1,780	\$ 2,644	\$ 21,362	\$ 31,725	\$2,661	\$3,084	\$31,937	\$37,013	\$3,102	\$3,525	\$37,224	\$42,300		
3	\$2,221	\$26,650	\$2,243	\$ 3,331	\$ 26,917	\$ 39,975	\$3,353	\$3,886	\$40,242	\$46,638	\$3,909	\$4,442	\$46,904	\$53,300		
4	\$2,679	\$32,150	\$2,706	\$ 4,019	\$ 32,472	\$ 48,225	\$4,046	\$4,689	\$48,547	\$56,263	\$4,715	\$5,358	\$56,584	\$64,300		
5	\$3,138	\$37,650	\$3,169	\$ 4,706	\$ 38,027	\$ 56,475	\$4,738	\$5,491	\$56,852	\$65,888	\$5,522	\$6,275	\$66,264	\$75,300		
6	\$3,596	\$43,150	\$3,632	\$ 5,394	\$ 43,582	\$ 64,725	\$5,430	\$6,293	\$65,157	\$75,513	\$6,329	\$7,192	\$75,944	\$86,300		
7	\$4,054	\$48,652	\$4,095	\$ 6,082	\$ 49,139	\$ 72,978	\$6,122	\$7,095	\$73,465	\$85,141	\$7,136	\$8,109	\$85,628	\$97,304		
8	\$4,513	\$54,150	\$4,558	\$ 6,769	\$ 54,692	\$ 81,225	\$6,814	\$7,897	\$81,767	\$94,763	\$7,942	\$9,025	\$95,304	\$108,300		
	\$428	\$5,140	\$432	\$ 642	\$ 5,187	\$ 7,704	\$646	\$749	\$7,755	\$8,988	\$753	\$856	\$9,039	\$10,272		

For Each additional person over 8 add the amount shown for each additional member.

There is no Sliding fee schedule for patients that are 200% or above the Federal Poverty Guidelines

SI NO DESEA SOLICITAR LA ESCALA DE TARIFAS MÓVILES CON DESCUENTO EN ESTE MOMENTO, MARQUE LA CASILLA A CONTINUACIÓN:



ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RECHAZAR EL ESTADO DE TARIFA REDUCIDA; SIN EMBARGO, SI EN ALGÚN MOMENTO MI ESTADO FINANCIERO CAMBIA, PUEDO SOLICITAR EL ESTADO DE TARIFA REDUCIDA EN ESTA INSTALACIÓN.

## Información para el paciente

Nombre (Primero) \_\_\_\_\_ Birth \_\_\_\_\_

Si tiene más de 18 años, ¿vive en la casa de otra persona que no sea su familia? Sí  No

¿Estás empleado actualmente?  Sí  NO

¿Su cónyuge / pareja está actualmente empleado?  Sí  NO  N/A

¿Hay algún otro miembro de la familia que viva con usted, empleado?  Sí  NO  N/A

**Miembros del hogar e ingresos brutos, (Esto incluye a todas las personas reclamadas en impuestos, es decir, sus hijos, cónyuge / pareja)**

Nombre del miembro del hogar	Relación o Paciente	Fecha de nacimiento	Ingresos brutos mensuales	¿Asegurado? (Sí o No)	Estudiante (Sí o No)
1	<input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge/Pareja <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otros dependientes				
2	<input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge/Pareja <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otros dependientes				
3	<input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge/Pareja <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otros dependientes				

4	<input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge/Pareja <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otros dependientes				
5	<input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge/Pareja <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otros dependientes				
6	<input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge/Pareja <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otros dependientes				
7	<input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge/Pareja <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otros dependientes				

**\*\* Se deben proporcionar documentos de prueba de ingresos adecuados para cada miembro del hogar**

A los pacientes no se le negará el tratamiento debido a su incapacidad para pagar. Los pacientes que no pueden pagar sus honorarios incurridos por los servicios o artículos recibidos pueden solicitar el Plan de Presupuesto / Acuerdo de Pago o hablar con un representante de CHW sobre la solicitud de una determinación de dificultad para renunciar o reducir las tarifas. Si un paciente se niega a pagar el saldo de su factura, se niega a trabajar con un asesor financiero para ayudarlos en el pago de su factura, es enviado a cobros por CHW pero, sin embargo, continúa negándose a hacer el pago de la misma sin solicitar una exención por dificultades, o CHW le niega una exención por dificultades, entonces CHW se reserva el derecho de iniciar el proceso de despido del paciente de sus servicios, a través de la consulta con el proveedor del paciente y el asesor legal de CHW.

**Declaración de Entendimiento:**

La información proporcionada sobre el tamaño de la familia y el ingreso bruto anual de todas las fuentes es verdadera, precisa y completa hasta donde yo sé. La información sobre mi situación financiera, medios y capacidad de pago se proporciona con el fin de obtener un descuento en mis cuentas con Connect Health + Wellness para mi propio beneficio y el de mi familia. Entiendo que CHW se basarán en dicha información para determinar las tasas de descuento aplicables para mi cuenta. Entiendo que dar a sabiendas información falsa en este caso puede resultar en un proceso penal bajo las leyes de la Mancomunidad de Virginia.

Acepto reportar cualquier cambio en mis ingresos o tamaño de familia a CHW antes o en mi próximo contacto o cualquier contacto de cualquier miembro de la familia con CHW. Sé que se seguirá confiando en la información que he dado hasta que se cambie. Entiendo que mi estado de descuento se revisará anualmente y se ajustará de acuerdo con los ingresos y el tamaño de mi familia en el momento de la revisión. Si CHW tiene razones para sospechar que la información que he dado es falsa, inexacta o que no he informado adecuadamente los cambios, CHW pueden iniciar una revisión de mi estado. Por la presente informo a un agente de CHW.

**LA SOLICITUD DEBE IR ACOMPAÑADA DE UNA PRUEBA DE SITUACIÓN FINANCIERA ANTES DE QUE SE APLIQUE EL DESCUENTO. EL COMPROBANTE DE INGRESOS DEBE PROPORCIONARSE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS POSTERIORES A ESTA VISITA PARA CONTINUAR CON LAS TARIFAS REDUCIDAS PARA OTRAS VISITAS. LA FALTA DE VERIFICACIÓN RESULTARÁ EN LA PÉRDIDA DE TARIFAS REDUCIDAS Y SE LE COBRARÁ EL PRECIO TOTAL POR SU VISITA. Mi firma a continuación indica que toda la información que he proporcionado es fiel a mi leal saber y entender.**

Firma/Fecha

**LA SOLICITUD DEBE RENOVARSE ANUALMENTE CON UN COMPROBANTE DE INGRESOS ACTUALIZADO**

**NO HAY ESCALA MÓVIL DISPONIBLE PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS**

El descuento de la escala móvil no se aplica a los siguientes servicios que surgen a petición de empleadores o partes, que no sean el paciente: **Virginia DOT Physicals**