

The logo for Serenity Care Health Group (SCHG) features the letters "SCHG" in a large, white, serif font against a dark blue rectangular background.

Serenity Care Health Group

Serenity Care Health Group

Programa de Escala de Descuento

Serenity Care Health Group tiene como objetivo brindar servicios de atención primaria y de salud mental de la más alta calidad para todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. La escala móvil de tarifas y la tarifa nominal se aplicarán a los pacientes sin seguro médico que no califiquen para Medicaid o Medicare, a los pacientes con seguro médico cuando su seguro no cubra un servicio en particular y a los costos compartidos para los pacientes asegurados que califiquen para un descuento. SCHG informará a todos los pacientes sobre la disponibilidad de descuentos a través de medios tales como notificaciones en formularios de admisión o avisos en lugares públicos.

Para solicitar el descuento de tarifa móvil, debe ser un paciente elegible. Los pacientes elegibles son aquellos cuyos ingresos individuales o familiares anuales no superan el 200% de las Guías Federales de Pobreza más actualizadas publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos ("DHHS"). El personal de recepción u otro personal del centro de salud ayudarán al paciente a completar el formulario de solicitud y recopilarán cualquier documentación de verificación de información relevante del paciente. La finalización de la solicitud y la recopilación de la documentación de verificación de ingresos se realizarán antes de que SCHG preste los servicios de atención médica al paciente, o tan pronto como sea razonable, pero siempre antes de la aplicación del descuento.

El descuento de tarifa variable se revisará anualmente. Se requerirá una nueva solicitud y recopilación de la documentación de verificación de ingresos de los pacientes anualmente o con mayor frecuencia (p. ej., ante un cambio significativo en el estado de ingresos del paciente). Se agregarán copias de todos los formularios de verificación de ingresos y la documentación al registro de salud electrónico del paciente.

Independientemente de si un paciente califica para un descuento, si a un paciente se le niegan los servicios debido a su incapacidad de pago, los cargos no se aplicarán o se reducirán en la medida necesaria para garantizar que dicho paciente reciba los servicios de atención médica. Esta determinación se llevará a cabo caso por caso en base a una determinación individualizada de la necesidad.

Aplicación para el Programa de Descuento

I. Nombre del aplicante: _____ Fecha de nacimiento: _____

II. Información de tamaño de hogar (*Los miembros del hogar incluyen a aquellas personas que viven en el mismo hogar y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, pareja de hecho registrada o adopción.) Enumere a continuación a todos los miembros de su hogar, incluyendo usted mismo.

	Nombre	Relación	Fecha de nacimiento		Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
1.				5.			
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			

III. Información de ingresos de hogar

Enumere a continuación todas las fuentes de ingresos de todos los miembros adultos de su hogar, incluido usted mismo. Se consideran adultos aquellas personas mayores de 18 años. Adjunte a esta solicitud la verificación de cada fuente. Ver la lista de referencias para lo que se acepta como prueba de ingresos.

Nombre	Relación	Fuente de ingreso	Cantidad recibida	Frecuencia (ej. semanal, quincenal, mensual, anual)	Solo para uso de oficina Total

Declaración: Es necesario completar la solicitud y la autocertificación para participar en los servicios de la clínica. Entiendo que la clínica no puede garantizar que los servicios prestados fuera de Serenity Care Health Group sean gratuitos. Seré responsable de las facturas incurridas al recibir atención médica no proporcionada por Serenity Care Health Group.

Firma

Fecha

**SCHG
ESCALA DE COSTOS/INGRESOS 2025**

Tasa de Descuento de Servicios	Guías de Pobreza	Self Pay I 0% - 100%	Self Pay II >101%-125%	Self Pay III >126%-150%	Self Pay IV >151%-175%	Self Pay V >176%-200%	Self Pay VI arriba de 200%					
	Médico	Paciente paga \$10 Nominal	\$15	\$20	\$25	\$30	Tarifa Completa					
	Salud Conductual	Paciente paga \$10 Nominal	\$15	\$20	\$25	\$30	Tarifa Completa					
	Quiropráctica	Paciente paga \$30 Nominal	\$45	\$60	\$75	\$90	Tarifa Completa					
	Otros servicios adicionales	Paciente paga 20%	70% (paciente paga 30%)	60% (paciente paga 40%)	50% (paciente paga 50%)	40% (paciente paga 60%)	100%					
Tamaño de la Familia	Ingresos Anuales											
1	\$15,650	0 - \$15,650	\$15,651	\$19,563	\$19,564	\$23,475	\$23,476	\$27,388	\$27,389	\$31,300	\$31,301	+
2	\$21,150	0 - \$21,150	\$21,151	\$26,438	\$26,439	\$31,725	\$31,726	\$37,013	\$37,014	\$42,300	\$42,301	+
3	\$26,650	0 - \$26,650	\$26,651	\$33,313	\$33,314	\$39,975	\$39,976	\$46,638	\$46,639	\$53,300	\$53,301	+
4	\$32,150	0 - \$32,150	\$32,151	\$40,188	\$40,189	\$48,225	\$48,226	\$56,263	\$56,264	\$64,300	\$64,301	+
5	\$37,650	0 - \$37,650	\$37,651	\$47,063	\$47,064	\$56,475	\$56,476	\$65,888	\$65,889	\$75,300	\$75,301	+
6	\$43,150	0 - \$43,150	\$43,151	\$53,938	\$53,939	\$64,725	\$64,726	\$75,513	\$75,514	\$86,300	\$86,301	+
7	\$48,650	0 - \$48,650	\$48,651	\$60,813	\$60,814	\$72,975	\$72,976	\$85,138	\$85,139	\$97,300	\$97,301	+
8	\$54,150	0 - \$54,150	\$54,151	\$67,688	\$67,689	\$81,225	\$81,226	\$94,763	\$94,764	\$108,300	\$108,301	+

For families/households with more than 8 persons, add \$5,550 to annual income for each additional person.

Para las familias y los hogares con más de 8 personas, agregue \$5,550 a ingresos anuales por cada persona adicional.

"Self-Pay" se define como "costo a cargo del paciente"

For visits not covered by any special programs or insurance we offer a discount based on your gross income and family size.

Para visitas en que no califico para un programa especial o por seguro medico, ofrecemos descuentos basado en su ingreso bruto y por la medida de su familia.

Payment is requested on the date of service.

Su pago se requiere en el día de servicio.