



## PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA FLEXIBLE

HCHC está aquí para servir a la comunidad entera, incluyendo a personas que tal vez no tengan acceso regular a atención médica debido a la economía. Para facilitar ese acceso, HCHC ofrece un programa de tarifas con descuento a aquellos clientes que se enfrentan a dificultades económicas, sin seguro, o con seguro insuficiente y por lo tanto no pueden pagar las tarifas normales por el servicio en el Centro. Con este programa tienen acceso a salud económica y servicios dentales. La elegibilidad se basa en la cantidad de ingresos que recibe el hogar anualmente y el número de personas en la familia. La Escala de Tarifas de Descuento de HCHC se basa en la definición de pobreza federal proporcionada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos anualmente y se divide en cinco categorías: A, B, C, D, E con las tarifas de la siguiente manera:

<i>Categorías</i>	<i>Nivel de Ingreso</i>	<i>Tarifas Médicas por Visita</i>	<i>Tarifas Dentales por Visita</i>	<i>Tarifas de Salud Mental por Visita</i>	<i>Título X</i>	<i>Prenatal</i>
<i>Escala A</i>	<i>100% FPL y abajo</i>	<i>\$15</i>	<i>\$80 Servicios Básicos \$500 Servicios Complejos</i>	<i>\$10</i>	<i>\$0</i>	<i>\$300</i>
<i>Escala B</i>	<i>101-150% FPL</i>	<i>\$25</i>	<i>\$90 Servicios Básicos \$600 Servicios Complejos</i>	<i>\$15</i>	<i>\$25</i>	<i>\$420</i>
<i>Escala C</i>	<i>151-175% FPL</i>	<i>\$35</i>	<i>\$100 Servicios Básicos \$700 Servicios Complejos</i>	<i>\$20</i>	<i>\$35</i>	<i>\$510</i>
<i>Escala D</i>	<i>176-200% FPL</i>	<i>\$45</i>	<i>\$110 Servicios Básicos \$800 Servicios Complejos</i>	<i>\$25</i>	<i>\$45</i>	<i>\$600</i>
<i>Escala E</i>	<i>201%-250% FPL</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>
<i>Escala F</i>	<i>Más de 250% FPL</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>	<i>Tarifa Completa</i>

No hay ningún cobro por las visitas al laboratorio, a pesar del número de pruebas hechas en esa visita, para los pacientes elegibles para el descuento de tarifa flexible a menos que el paciente también tenga seguro comercial. El seguro será facturado por el proveedor de procesamiento de laboratorio y cualquier saldo no pagado será responsabilidad del paciente. La aplicación de descuento de tarifa flexible debe renovarse cada año. Los miembros de la familia se definen como el jefe de familia, cualquier cónyuge, padre(s) de custodia y todos los dependientes financieros. Dependientes son aquellas personas a las que el solicitante está legalmente obligado a apoyar.

Los solicitantes DEBEN proporcionar prueba de todas las fuentes de ingresos que solicite los últimos 30 días.

### **MARQUE TODAS las fuentes de prueba de ingresos que se aplican:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formulario de Impuestos 1040 (No W2's)        | <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de Pensión   |
| <input type="checkbox"/> Carta de Seguro Social /Carta de Incapacidad  | <input type="checkbox"/> Herencia   |
| <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de Desempleo              | <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios   |
| <input type="checkbox"/> Carta de Apoyo                                | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veterano   |
| <input type="checkbox"/> Carta del empleador (si le pagan en efectivo) | <input type="checkbox"/> Salario (4 talones de cheques más recientes si le pagan semanal, 2 talones de cheques más recientes si le pagan quincenal) |

## APLICACIÓN DE DESCUENTO DE TARIFA FLEXIBLE

Nombre completo del aplicante:	Número de Seguro Social:
Dirección de correo:	Fecha de Nacimiento:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Número de teléfono primario:

### POR FAVOR LISTE TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Paciente Dental de HCHC		Paciente Medico de HCHC		Seguro Dental		Seguro Medico	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

¿El aplicante ha sido evaluado para **El Mercado De Seguro de Salud, Medicaid**, o alguna otra **asistencia** del Departamento de Servicios Sociales?

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Si su respuesta es sí, ¿cuál y por qué el paciente no recibe la ayuda anterior?
-----------	-----------	---

¿Le gustaría aplicar?

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Si no, explique por qué
-----------	-----------	-------------------------

**DECLARACIÓN JURADA:** Al firmar, certifico que, a la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas son todos los ingresos de mi hogar, los miembros de la familia enumerados dependen únicamente de esos ingresos, y la documentación que proporcioné para verificar mi nivel de ingresos es verdadera.

*\* Entiendo que, si la información proporcionada se encuentra incompleta o fraudulenta, me retirarán de la escala de descuento de forma permanente.*

<b>Firma de Aplicante/Persona Responsable</b> _____	<b>Fecha</b> _____
---	--------------------

#### For Office Use Only

Valid Until: \_\_\_\_\_ Staff Initials: \_\_\_\_\_ Slide: \_\_\_\_\_ Self Dec. Application: Y / N