



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

Programa de Escala de Descuentos

El Programa de Escala de Descuento asegura que los pacientes tengan acceso a todos los servicios (atención primaria, Ginecología y Obstetricia, Salud Dental o Del Comportamiento) independientemente de su capacidad de pago.

La decisión para determinar si el paciente es elegible para el programa de escala de descuentos se basa únicamente en base a la capacidad del paciente para pagar y el tamaño de la familia/hogar y no discrimina en base a edad, género, raza, credo, orientación sexual, discapacidad, origen nacional ó presencia/estatus legal. La documentación de ingreso y tamaño de la familia/hogar son los únicos factores considerados en la determinación si los pacientes son elegibles para el Programa de Escala de Descuentos. La identificación con foto es necesaria para confirmar la identidad del paciente.

Si un paciente/familia/hogar elige no proporcionar la información necesaria para determinar el ingreso y tamaño de la familia/hogar del paciente es inelegible para el Programa de Escala de Descuento.

Proporcionar información falsa o determinado posteriormente ser falsa en una solicitud de Programa de Escala de descuento. Descuentos resultará en que todos los descuentos podran ser revocados y el saldo total de las cuentas restauradas y pagos seran requeridos inmediatamente.

Basado en el ingreso documentado y el tamaño de la familia/hogar, el paciente se asignará a un grupo de escala entre 1 y 5. Cada grupo representa una categoría de nivel de pobreza Federal (FPL). Los siguientes descuentos están disponibles para los pacientes elegibles para el Programa de Escala de Descuentos son los siguientes:

Grupo	1	2	3	4	5
Nivel de Pobreza Federal	<101%	101-133%	134-150%	151-200%	>200%
Visita Medica Basica(1) Cargo Nominal	\$45	\$50	\$55	\$60	Cargo Completo
Visita Dental(2) Cargo Nominal	\$25	\$40	\$46	\$57	Cargo Completo
Cuidado Prenatal(3) Cargo Nominal	\$1,040	\$1,160	\$1,420	\$1,680	Cargo Completo
Visita Salud Mental Cargo Nominal	\$25	\$36	\$44	\$52	Cargo completo
Laboratorio Cargo Nominal	\$27	\$30	\$36	\$45	Cargo completo
Radiologia Cargo Nominal (dental)	\$45	\$ 65	\$ 80	\$ 95	Cargo completo
Cargo Nominal (Prenatal)	85	131	160	189	Cargo completo
Receta Medica Cargo Nominal	\$3.00	\$3.25	\$3.50	\$3.75	Cargo completo

(1) Tarifa nominal cubre el costo de la visita solamente. Cualquier servicio adicional necesario determinado por el medico como parte de la visita al consultorio se proporcionan de acuerdo a descuento de tarifas y sin discriminar al paciente basado en la capacidad para pagare.

(2) Tarifa nominal dental cubre el examen oral comprensivo solo la visita inicial y anual. La limpieza dental y cualquier otro servicio adicional determinado por el proveedor como parte de su visita ó visitas posteriores se proporcionan de acuerdo a descuento de tarifas y sin discriminar al paciente basado en la capacidad para pagare.

(3) Tarifa nominal para control prenatal cubre visitas al consultorio prenatal durante el embarazo y pruebas de laboratorio estándar solamente. Cualquier servicio necesario adicional determinado por el médico profesional se proporcionan de acuerdo a descuento de tarifas y sin discriminar al paciente basado en la capacidad para pagare.

Los ingresos incluyen ganancias *, compensación por desempleo, compensación a los trabajadores, Seguro Social, seguro de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios por incapacidad, pensiones ó jubilaciones, interés, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones y fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención, asistencia de fuera de la casa y todas las demás fuentes de varios.

* **Las ganancias** incluye cantidades recibidas por trabajo realizado; salarios, sueldo de las fuerzas armadas, comisiones, propinas, destajo pagos, trabajo temporario, jornalero, servicio doméstico (por ejemplo, jardinería, limpieza de casa/oficina, guardería, servicio de niñera, etc.) y bonos en efectivo ganados el ingresos bruto ganado.

Fecha efectiva: **Immediato**

Fecha aprobada: **03/12/09**

Ultima fecha de cambio: **01/31/18**



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

DOCUMENTACIÓN NECESARIA para determinar si los pacientes son elegibles para el Programa de Escala de Descuento:

Si la persona.....	Forma de pago	Impuestos	Formas
Empleado	Cheque	Forma 1040	Colillas de pago por 2 meses
Empleado	Efectivo	Forma 1040	Forma de verificación de ingresos
Empleado	Trabajo Nuevo	Forma 1040	Forma de verificación de ingresos
Empleado Independiente	Cheque / Efectivo Taxes pagados	Forma 1040 y Sch C	
Empleado Independiente	Cheque/Efectivo No Taxes		Forma de verificación de ingresos Colillas de pago por 2 meses
Actualmente Desempleado		Forma 1040	Declaración de apoyo Declaración de apoyo cubriendo los 2 últimos meses
Desempleado		Forma 1040	Declaración de apoyo & IRS Forma 4506T
Beneficios como ingresos		Forma 1040	
Beneficios como suplementos		Forma 1040	Declaración de Apoyo
Otros Ingresos		Forma 1040	Declaración de apoyo cubriendo los 2 últimos meses
Impuestos no presentados			IRS Forma 4506T
Impuestos no disponibles			IRS Forma 4506T

Familia/tamaño de hogar es una persona ó un grupo de personas, que pueden ó no pueden estar relacionados, viven o permanecen temporalmente en las mismas dirección y comparten responsabilidades comunes como ser limpieza, y compartir al menos una comida al día ó parte común habitable (es decir, una sala de estar ó comedor). Residentes sirvientes domésticos están incluidos. Los miembros de un familia/hogar no están necesariamente relacionados por sangre o matrimonio. Las familias y los hogares pueden contener uno o dos o más familias dentro de ellos, sino también a los miembros del hogar que no sean miembros de la familia, tales como parientes más lejanos, amigos, hijos de crianza, inquilinos, compañeros ó los huéspedes y visitantes permanecer más de 30 días calendario (es decir, huéspedes y visitantes de larga estancia).

Basado en el ingreso documentado y el tamaño de la familia/hogar, el paciente se asignará a un grupo de diapositivas entre 1 y 5. Cada grupo representa la categoría del nivel de pobreza Federal (FPL):

Family / Household Size	<u>Income Level 1</u> <101% FPL	<u>Income Level 2</u> 101 – 133% FPL	<u>Income Level 3</u> 134 – 150% FPL	<u>Income Level 4</u> 151 – 200 % FPL	<u>Income Level 5</u> >200% FPL
1	\$ 0 - \$12,140	\$ 12,141 - \$16,146	\$ 16,147 - \$18,210	\$ 18,211 - \$24,280	\$ 24,281 +
2	\$ 0 - \$16,460	\$ 16,461 - \$21,892	\$ 21,893 - \$24,690	\$ 24,691 - \$32,920	\$ 32,921 +
3	\$ 0 - \$20,780	\$ 20,781 - \$27,637	\$ 27,638 - \$31,170	\$ 31,171 - \$41,560	\$ 41,561 +
4	\$ 0 - \$25,100	\$ 25,101 - \$33,383	\$ 33,384 - \$37,650	\$ 37,651 - \$50,200	\$ 50,201 +
5	\$ 0 - \$29,420	\$ 29,421 - \$39,129	\$ 39,130 - \$44,130	\$ 44,131 - \$58,840	\$ 58,841 +
6	\$ 0 - \$33,740	\$ 33,741 - \$44,874	\$ 44,875 - \$50,610	\$ 50,611 - \$67,480	\$ 67,481 +
7	\$ 0 - \$38,060	\$ 38,061 - \$50,620	\$ 50,621 - \$57,090	\$ 57,090 - \$76,120	\$ 76,121 +
8	\$ 0 - \$42,380	\$ 42,381 - \$56,365	\$ 56,636 - \$63,570	\$ 63,571 - \$84,760	\$ 84,761 +

+ \$4,320 for each additional family member.

Basado en el nivel de pobreza Federal (Registro federal Vol.79, No.14, January 31, 2018)

Fecha efectiva: **Immediato**
 Fecha aprobada: **03/12/09**
 Ultima fecha de cambio: **01/31/18**



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

Formulario de verificación de ingresos - si un paciente es pagado en efectivo de uno ó más del empleadores (individuos, empresas u organización), o recibe pagos en efectivo de individuos, empresas u organización para trabajo ocasional, trabajo ó servicio doméstico (por ejemplo, jardinería, limpieza de casa, guardería, servicio de niñera, etc.) y el dinero pagado no está incluido en la declaración de impuestos del paciente, el paciente debe proporcionar un formulario de verificación de ingresos y firmado por cada empleador (es decir individuos, empresas u organización) .

Medios de apoyo y aparte de los ingresos - si parte o la totalidad de la ayuda de un paciente se deriva de fuentes distintas de ingresos (ej.:cuenta de cheque(s), tus, cuentas de inversión, etc..) o no pueden determinarse fácilmente los medios de apoyo, el paciente nesecitara proporcionar los estados de todas las cuentas (por ej., cuenta de cheques(s), cuentas de inversión, etc.) cubriendo los dos últimos meses.

Formulario de Declaración de apoyo - un paciente que recibe el apoyo (en efectivo o no en efectivo) de uno o varios individuos, negocios / organización debe proporcionar el formulario de declaración de apoyo completado y firmado por cada individuo, negocio u organización que presta dinero o otras formas de apoyo. La declaración de apoyo expira 30 días después de la determinación de la elegibilidad paciente para recibir el programa de escala de descuento; una nueva declaración de apoyo debe ser completado y firmado para la próxima cita del paciente para poder continuar siendo elegible para el programa de escala de descuento. Se acepta un máximo de tres declaraciones de apoyo desde el mismo individuo, negocio u organización que brinda apoyo (efectivo o no en efectivo) por hogar. Cualquier otras declaraciones de apoyo más allá del máximo será revisada sobre una base de caso por caso para examen de determinación de elegibilidad continua del paciente para el programa de escala de descuento.

Declaración de vivienda compartida y gastos separados - hogar del paciente comparte la misma dirección con una o más familias por razones económicas. Cada hogar tiene ingresos independientes o medios de subsistencia. Los hogares compartan los costos de la ocupación, pero si no están separados. El paciente se permite declarar hogar compartido pero separado para ser considerado para la determinación de elegibilidad del paciente para el programa de escala de descuento.

Por ejemplo, Jane Doe, un paciente no asegurado, comparte una casa con su hermana. Los costos de mantener la ocupación de la casa (es decir, pago de renta o hipoteca, seguros, impuestos a la propiedad, mantenimiento, servicios públicos, etc.) son compartidos, pero todos los demás gastos de vida están separados. Jane Doe puede declarar un hogar compartido pero separado para determinación de elegibilidad para el programa de escala de descuento.

Frecuencia de la reevaluación del paciente elegibilidad - la aplicación del Programa de escala de desuento cubre cargos incurridos dentro de 12 meses después de la fecha aprobada. Paciente elegibilidad para el programa de escala de descuento se renueva por lo menos una vez al año o en el paciente próxima visita al centro si es más de un año ha transcurrido entre las visitas. Debe cambiar significativamente la situación financiera del paciente (por ejemplo, perder empleo, obtener un empleo, cambio en el hogar, etc.) después de la aprobación, pero antes de transcurrido 12 meses, el paciente tiene la opción de solicitar la reevaluación del paciente elegibilidad para el programa de escala de descuento.

Pacientes con cobertura de terceros que también son elegibles para SFDS - el centro puede servir a pacientes con cobertura de seguros seguro que no cubre o sólo parcialmente cubiertas de cuotas para ciertos servicios. Estos pacientes también pueden ser elegibles para el deslizamiento arancel basado en ingresos y el tamaño del hogar y la familia. En tales casos, sujeto a posibles limitaciones legales y contractuales, la carga para cada clase de paga de horario tarifa deslizante es la cantidad máxima un paciente aceptable en que clase de pago está obligado a pagar por un servicio, independientemente del estatus del seguro. Por ejemplo, John Doe, un paciente asegurado, recibe un servicio que tiene una cuota de \$80, por el arancel establecida. Basado en el plan de seguro de John Doe, el copago sería \$60 por este servicio. El centro también ha determinado, mediante una evaluación del ingreso y tamaño del hogar y la familia, John es de 150 por ciento de la FPG y así calificado por el centro del marco. Bajo el SFDS, un paciente en 150 por ciento de la FPG recibirían un descuento de la cuota de \$80, resultando en un cargo de \$40 para este servicio. Más que el copago de \$60, el centro no cobraría John Doe más de \$40 desembolso, de conformidad con el SFDS, mientras esto no queda excluida por los términos del contrato de seguro.

Fecha efectiva: **Immediato**
Fecha aprobada: **03/12/09**
Ultima fecha de cambio: **01/31/18**



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

Programa de escala de Descuento Parte I

En la evaluación de un paciente elegibilidad para el programa de escala de descuento en cumplimiento con las regulaciones federales, es necesario hacer preguntas personales sobre el paciente y su familia/hogar. Las respuestas proporcionadas por el paciente y su familia/hogar se mantendrá en archivo y en estricta confidencia. La elegibilidad del paciente se basa únicamente en base a la capacidad del paciente para pagar (es decir, ingresos) y el tamaño de la familia/hogar y no discrimina en base a edad, género, raza, credo, orientación sexual, discapacidad, origen nacional o presencia/estatus legal.

Documentación de ingreso, documentación del tamaño de la familia/hogar y una identificación con foto para confirmar la identificación del paciente debe proporcionarse en determinar si los pacientes son elegibles para el programa deslizando tasa de descuento.

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Otros Nombres
Dirección de casa / /	--- ---	Ciudad/Estado	Codigo Postal
Fecha de Nacimiento () -	Numero de Seguro Ssocial () -	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Telefono de domicilio	Telefono celular	Telefono de Emergencia	Contacto de Emergencia

INFORMACION DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relacion	Paciente del Centro? si/no
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relacion	Paciente del Centro? si/no
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relacion	Paciente del Centro? si/no
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relacion	Paciente del Centro? si/no
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relacion	Paciente del Centro? si/no
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relacion	Paciente del Centro? si/no

Esta aplicación es válida durante 12 meses después de la fecha aprobada. El paciente debe volver a aplicar por lo menos una vez al año. Si la situación financiera del paciente cambia significativamente (por ejemplo, pérdida de empleo, obtener un empleo, cambio en el hogar, etc.) o recibe cobertura de seguro después de que se apruebe esta solicitud, pero antes de que ha pasado 12 meses, el paciente debe informar el centro y tiene la opción de solicitar la elegibilidad para el programa de escala de descuento.

He leído y entender el programa de escala descuento honorario y se compromete a cumplir con el. Al firmar esta solicitud Página 1 de 2, autorizo al centro para confirmar mi ingreso y tamaño de la familia/hogar. Verifique que toda la información proporcionada en la determinación de elegibilidad es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o información posteriormente determinada que era falso resultará en ser revocados todos los descuentos y el saldo total de las cuentas restauradas y pagos seran requeridos inmediatamente.

Completado por (Nombre del Paciente/Guardian del Paciente)

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha efectiva: **Immediato**

Fecha aprobada: **03/12/09**

Ultima fecha de cambio: **01/31/18**



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

Aplicacion al programa de Escala de Descuento Parte II

En la evaluación de un paciente elegibilidad para el programa de escala de descuento en cumplimiento con las regulaciones federales, es necesario hacer preguntas personales sobre el paciente y su familia/hogar. Las respuestas proporcionadas por el paciente y su familia/hogar se mantendrá en archivo y en estricta confidencia. Elegibilidad del paciente se basa únicamente en base a la capacidad del paciente para pagar (es decir ingresos) y el tamaño de la familia/hogar y no discrimina en base a edad, género, raza, credo, orientación sexual, discapacidad, origen nacional o presencia/estatus legal.

Basado en el ingreso documentado y el tamaño de la familia/hogar, el paciente ha sido asignado para deslizar _____. Cada grupo representa la categoría del nivel de pobreza Federal (FPL):

Family / Household Size	<u>Income</u> <u>Level 1</u>	<u>Income</u> <u>Level 2</u>	<u>Income</u> <u>Level 3</u>	<u>Income</u> <u>Level 4</u>	<u>Income</u> <u>Level 5</u>
	<101% FPL	101 – 133% FPL	134 – 150% FPL	151 – 200 % FPL	>200% FPL
1	\$ 0 - \$12,140	\$ 12,141 - \$16,146	\$ 16,147 - \$18,210	\$ 18,211 - \$24,280	\$ 24,281 +
2	\$ 0 - \$16,460	\$ 16,461 - \$21,892	\$ 21,893 - \$24,690	\$ 24,691 - \$32,920	\$ 32,921 +
3	\$ 0 - \$20,780	\$ 20,781 - \$27,637	\$ 27,638 - \$31,170	\$ 31,171 - \$41,560	\$ 41,561 +
4	\$ 0 - \$25,100	\$ 25,101 - \$33,383	\$ 33,384 - \$37,650	\$ 37,651 - \$50,200	\$ 50,201 +
5	\$ 0 - \$29,420	\$ 29,421 - \$39,129	\$ 39,130 - \$44,130	\$ 44,131 - \$58,840	\$ 58,841 +
6	\$ 0 - \$33,740	\$ 33,741 - \$44,874	\$ 44,875 - \$50,610	\$ 50,611 - \$67,480	\$ 67,481 +
7	\$ 0 - \$38,060	\$ 38,061 - \$50,620	\$ 50,621 - \$57,090	\$ 57,090 - \$76,120	\$ 76,121 +
8	\$ 0 - \$42,380	\$ 42,381 - \$56,365	\$ 56,366 - \$63,570	\$ 63,571 - \$84,760	\$ 84,761 +

+ \$4,320 for each additional family member.

Basado en los Niveles de pobreza Federal (Federal Register, Vol. 79, no. 14, 31 de enero de 2018)

Esta aplicación es válida durante 12 meses después de la fecha aprobada. El paciente debe volver a aplicar por lo menos una vez al año. Si la situación financiera del paciente cambia significativamente (por ejemplo, pérdida de empleo, obtener un empleo, cambio en el hogar, etc..) o recibe cobertura de seguro después de que se apruebe esta solicitud, pero antes de que ha pasado 12 meses, el paciente debe informar el centro y tiene la opción de solicitar la elegibilidad para el programa de escala de descuento.

He leído y entender el programa de descuento deslizando honorario y se comprometo a cumplir con lo. Por firmar esta aplicación página 2 de 2, tengo entendido que el centro ha asignado que deslice ___ basado en la documentación de ingreso y tamaño de la familia/hogar. Yo autorizo al centro para confirmar mi ingreso y tamaño de la familia/hogar.

Yo autorizo al centro para confirmar mi ingreso y tamaño de la familia/hogar. Verifique que toda la información proporcionada en la determinación de elegibilidad es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o información posteriormente determinada que era falso resultará en ser revocados todos los descuentos y el saldo total de las cuentas restauradas y pagaderos inmediatamente.

Completado por (nombre de la persona paciente/responsable impresa)

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha efectiva: **Immediato**
 Fecha aprobada: 03/12/09
 Ultima fecha de cambio: 01/31/18