



Programa de Descuentos

El **Programa De Descuentos (PDD)** asegura que los pacientes tengan acceso a todos los servicios del Centro (atención médica, pediatra, Ginecología y Obstetricia, salud dental o consejería) independientemente de su capacidad de pago. Para determinar si el paciente califica para tarifas de descuento, **es necesario hacer preguntas personales sobre el paciente y su familia / el hogar para cumplir con las regulaciones federales.** Las respuestas proporcionadas por el paciente y su familia / el hogar serán archivadas y en estricta confidencialidad.

Solo el ingreso y el tamaño de la familia / el hogar se utiliza para determinar si usted califica para tarifas con descuento. No se consideran la edad, el sexo, la raza, el credo, la orientación sexual, la discapacidad, el origen nacional o la presencia / estado legal. Se requiere identificación con foto emitida por el gobierno (tarjeta de identificación, licencia de conducir, pasaporte) para demostrar su identidad.

¿Por cuánto tiempo es válida la aplicación del PDD? - Esta aplicación solo dura 12 meses después de la fecha de aprobación. La familia / el hogar debe volver a solicitar al menos una vez al año. La familia / el hogar debe proporcionar información actualizada si: (1) la situación financiera de la familia / el hogar cambia significativamente (por ejemplo, perder empleo, obtener empleo, cambiar de hogar, etc.) y / o recibe cobertura de seguro después de la fecha de aprobación, pero antes que 12 meses han pasado; o (2) ha pasado más de un año desde la última visita al Centro.

Si no proporciona o no está dispuesto a proporcionar toda la información requerida por el gobierno federal, PARE AQUI e infórmese a un miembro del personal. Aún podrá recibir servicios a precio completo (Sin Descuento).

Proporcionar información falsa ahora, o si más tarde descubrimos que es falsa, es considerado fraude. Lo que significa que todos los descuentos serán revocados y tendrá que pagar inmediatamente por los servicios recibidos sin ningún descuento.

Basándose en la información proporcionada, caerá en un grupo del PDD. La Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA) decide el rango del Nivel Federal de Pobreza (NFP) para cada grupo. Los siguientes descuentos están disponibles para los servicios iniciales:

Grupo	1	2	3	4	
Nivel Federal de Pobreza	< 101%	101-133%	134-150%	151-200%	>200%
Visita Médica, Pediatra, o Ginecóloga Cargos nominal	\$45	\$50	\$55	\$60	Sin Descuento
* Todos los servicios adicionales necesarios como parte de su visita se proporcionan en un Programa de Tarifas de Descuento					
Visita Dental Cargos Nominal (Sin Rayos X)	\$25	\$32	\$42	\$48	Sin Descuento
Cargos Nominal (Con Rayos X)	\$70	\$100	\$125	\$145	Sin Descuento
*El Cargo Nominal Dental cubre solamente el examen oral completo de la visita. El tipo de limpieza dental y cualquier servicio adicional que se necesite como parte de la visita y / o visita posterior se proporcionan en un Programa de Tarifas de Descuento					
Cuidado Prenatal Cargos Nominal	\$1,040	\$1,160	\$1,420	\$1,680	Sin Descuento
* El Cargo Nominal Prenatal cubre las visitas a la consulta prenatal durante el embarazo y las pruebas de laboratorio estándar solamente. Cualquier servicio adicional necesario como parte de la atención prenatal durante el embarazo se proporciona en un Programa de Tarifas de Descuento.					
Visita Consejería Cargos Nominal	\$20	\$27	\$33	\$39	Sin Descuento
Laboratorio Cargos Nominal (primer laboratorio)	\$30	\$35	\$40	\$45	Sin Descuento
(segundo laboratorio)	\$10	\$13	\$15	\$18	Sin Descuento
(tercer laboratorio)	\$20	\$27	\$30	\$42	Sin Descuento
(cada laboratorio adicional)	\$20	\$25	\$30	\$35	Sin Descuento
Radiología Cargos Nominal (Ginecología y Obstetricia)	\$60	\$86	\$105	\$124	Sin Descuento

Fecha efectiva: **Immediato**
 Fecha aprobada: **01/30/2020**
 Última fecha de cambio: **01/28/2020**



¿Qué se considera ingreso? Los ingresos incluyen **ganancias** *, compensación por desempleo, programa para compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, beneficios por discapacidad, pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones y fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia proveída por fuentes fuera del hogar y todas las demás fuentes misceláneas para todos en la familia / hogar.

* **Las ganancias** incluyen cualquier monto recibido (depósito directo, cheque o efectivo) por el trabajo realizado (pagos, salario, pago de las fuerzas armadas, comisiones, propinas, pagos por pieza, trabajo ocasional, trabajo diurno, servicio doméstico (por ejemplo, jardinería, servicios de limpieza, guardería, cuidado de niños, etc.), bonos en efectivo e ingresos brutos **por negocios propios**.

¿Qué determina el tamaño de la familia / hogar? El tamaño de la familia / hogar puede ser una persona, un grupo de personas y / o una o más familias que viven (o se quedan temporalmente) en la misma dirección y comparten **las responsabilidades comunes del hogar**. Las responsabilidades comunes del hogar consideradas son compartir al menos una comida al día o compartir una sala de estar común (por ejemplo, sala de estar, comedor, cocina, etc.). Los individuos en la familia / hogar no tienen que estar relacionados por sangre o matrimonio. Los individuos en la familia / hogar incluyen parientes lejanos, amigos, hijos de crianza temporal, inquilinos, compañeros de habitación, empleados domésticos residentes y / o **invitados / visitas que permanezcan más de 30 días** (es decir, invitados / visitas de larga estancia).

DOCUMENTACIÓN NECESARIA para determinar si los pacientes son elegibles para el Programa De Descuentos:

Si la persona.....	Metodo de pago	Impuestos necesarios	Formularios necesarios
Empleado	Cheque	Forma 1040	Colillas de pago por los 2 últimos meses
Empleado	Efectivo	Forma 1040	Forma de verificación de ingresos
Empleado	Trabajo Nuevo	Forma 1040	Forma de verificación de ingresos
Empleado Independiente	Cheque/Efectivo Impuestos Declarados	Forma 1040 y Sch C	
Empleado Independiente	Cheque/Efectivo Impuestos No Declarados		Forma de verificación de ingresos Colillas de pago por los 2 últimos meses
Actualmente Desempleado		Forma 1040	Declaración de apoyo Colillas de pago por los 2 últimos meses
Desempleado		Forma 1040	Declaración de apoyo y 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

Basado en el ingreso documentado y el tamaño de la familia/hogar, el paciente se le asignará a un grupo del PDD entre 1 y 4.

Tamaño de la Familia /del Hogar	Nivel 1 de Ingresos	Nivel 2 de Ingresos	Nivel 3 de Ingresos	Nivel 4 de Ingresos
Size	<101% FPL	101 – 133% FPL	134 – 150% FPL	151 – 200 % FPL
1	\$ 0 - \$12,760	\$ 12,761 - \$16,971	\$ 16,972 - \$19,140	\$ 19,141- \$25,520
2	\$ 0 - \$17,240	\$ 17,241 - \$22,929	\$ 22,930 - \$25,860	\$25,861 - \$34,480
3	\$ 0 - \$21,720	\$ 21,721 - \$28,888	\$ 28,889 - \$32,580	\$32,581 - \$43,440
4	\$ 0 - \$26,200	\$ 26,201 - \$34,846	\$ 34,847 - \$39,300	\$39,301 - \$52,400
5	\$ 0 - \$30,680	\$ 30,681 - \$40,804	\$ 40,805 - \$46,020	\$46,021 - \$61,360
6	\$ 0 - \$35,160	\$ 35,160 - \$46,763	\$ 46,764 - \$52,740	\$52,741 - \$70,320
7	\$ 0 - \$39,640	\$ 39,641 - \$52,721	\$ 52,722 - \$59,460	\$59,461 - \$79,280
8	\$ 0 - \$44,120	\$ 44,120 - \$58,680	\$ 58,681 - \$66,180	\$ 66,181 - \$88,240
Por cada miembro adicional, +	\$4,480	\$,5,958	\$6,720	\$8,960

Basado en el nivel de pobreza Federal (Registro federal Vol.79, No.14, Enero 17, 2020)

Fecha efectiva: **Immediato**

Fecha aprobada: **01/30/2020**

Ultima fecha de cambio: **01/28/2020**



Formulario de verificación de ingresos - cualquier familia / hogar **pagado en efectivo y ese efectivo no se incluye en la declaración de impuestos de la familia / hogar, debe proporcionar un formulario de verificación de ingresos completo** y firmado por **cada empleador y cada persona que no sea un empleador** (es decir, individuos, empresas). y / u organización) para servicios que incluyen mano de obra informal, trabajo diurno y / o servicio doméstico (por ejemplo, jardinería, limpieza, guardería, cuidado de niños, etc.).

Medios de apoyo aparte de los ingresos - Si parte o la totalidad de la ayuda económica de un paciente se deriva de fuentes distintas de ingresos (ej.: cuenta de cheque(s), ahorro(s), cuentas de inversión, etc.) y/o no se pueden determinar fácilmente los medios de apoyo económico, el paciente deberá proporcionar los estados de todas las cuentas (por ej., cuenta de cheques(s), cuentas de inversión, etc.) de los dos últimos meses.

Formulario de declaración de Apoyo: Si la familia / el hogar recibe ayuda (en efectivo y / o no en efectivo) de una o más fuentes (individuos, empresas y / u organizaciones), debe completar y firmar un formulario de declaración de apoyo de cada fuente que proporciona efectivo y o soporte no monetario. La Declaración de Apoyo vence a los 30 días. Se debe completar una nueva Declaración de Apoyo firmada antes de su próxima cita para continuar con los descuentos en PDD.

Declaración de vivienda compartida y gastos separados - En el hogar del paciente se puede compartir la misma dirección con una o más familias por razones económicas. **Cada hogar tiene ingresos independientes o medios de subsistencia.** Los hogares comparten solo los costos de ocupación de la vivienda, pero otros gastos están separados. De ser así, se le permite al paciente declarar hogar compartido pero separado para ser considerado para la determinación de elegibilidad del paciente para el Programa De Descuentos.

Por ejemplo, Juan Perez, 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 están separados. Juan Perez puede declarar un hogar compartido pero separado para la determinación de elegibilidad para el Programa De Descuentos.

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

Pacientes con cobertura de terceros: los pacientes con seguro de terceros que no cubren o que solo cubren parcialmente las tarifas de ciertos servicios pueden ser elegibles para el PDD. Según el Centro y los contratos de seguro de terceros, el cargo por cada servicio adicional variará, pero ese cargo nunca será más que la tarifa máxima del grupo de PDD del paciente. El copago del plan de seguro puede ser más bajo que el PDD, en cuyo caso le cobraremos el monto más bajo.

Por ejemplo, Juan Perez, un paciente asegurado, recibe un servicio que tiene un costo establecido de tarifas de \$ 80. Según el plan de seguro de Juan Perez el copago sería \$ 60 por ese servicio. Juan Perez solicitó el PDD. Según la información de ingresos y tamaño de la familia / hogar proporcionado, Juan Perez se encuentra en el 150 por ciento del FPL y cae en el Grupo 3 de PDD. Según el PDD, la tarifa establecida de Juan de \$ 80 se descuenta a una tarifa de \$ 40 por este servicio. En lugar del copago de \$ 60, Juan no paga más que la tarifa de descuento de \$ 40 del PDD Group, siempre que esto no esté prohibido por los términos del contrato de seguro.

Fecha efectiva: **Immediato**
Fecha aprobada: **01/30/2020**
Ultima fecha de cambio: **01/28/2020**



Aplicación para el Programa De Descuentos (página 1 de 2)

Para determinar si califica para el PDD, **es necesario hacer preguntas personales sobre el paciente y su familia / el hogar para cumplir con las regulaciones federales.** Las respuestas proporcionadas por el paciente y su familia / el hogar será archivadas y en estricta confidencialidad. **Solo el ingreso y el tamaño de la familia / familia se utilizan para determinar si usted califica para tarifas con descuento.** No se consideran la edad, el sexo, la raza, el credo, la orientación sexual, la discapacidad, el origen nacional o la presencia / estado legal. Se requiere identificación con foto emitida por el gobierno (tarjeta de identificación, licencia de conducir, pasaporte) para demostrar su identidad. Si no proporciona toda la información federalmente requerida no puede aplicar para el PDD. **Proporcionar información falsa ahora, o si más tarde descubrimos que es falsa, es considerado fraude. Lo que significa que todos los descuentos serán revocados y tendrá que pagar inmediatamente por los servicios recibidos sin ningún descuento.**

INFORMACION DEL PACIENTE

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

INFORMACION DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relación	Inscribirse Como Paciente? (si/no)
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relación	Inscribirse Como Paciente? (si/no)
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relación	Inscribirse Como Paciente? (si/no)
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relación	Inscribirse Como Paciente? (si/no)
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relación	Inscribirse Como Paciente? (si/no)
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relación	Inscribirse Como Paciente? (si/no)
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Relación	Inscribirse Como Paciente? (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 Descuentos.

He leído y entendido el Programa De Descuentos y prometo cumplir con éste. Al firmar esta aplicación, página 1 de 2, autorizo al Centro para confirmar mi ingreso y tamaño de la familia/hogar. Verifico que toda la información proporcionada para determinar mi elegibilidad es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o información posteriormente determinada que era falsa resultará en la revocación todos los descuentos y el saldo total de las cuentas serán restauradas y pagos serán requeridos inmediatamente.

Completado por (Nombre del Paciente/Guardian del Paciente)

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha efectiva: **Immediato**

Fecha aprobada: **01/30/2020**

Ultima fecha de cambio: **01/28/2020**



Aplicacion al Programa De Descuentos (página 2 de 2)

Para determinar si califica para el PDD, **es necesario hacer preguntas personales sobre el paciente y su familia / el hogar para cumplir con las regulaciones federales.** Las respuestas proporcionadas por el paciente y su familia / el hogar será archivadas y en estricta confidencialidad. **Solo el ingreso y el tamaño de la familia / familia se utilizan para determinar si usted califica para tarifas con descuento.** No se consideran la edad, el sexo, la raza, el credo, la orientación sexual, la discapacidad, el origen nacional o la presencia / estado legal. Se requiere identificación con foto emitida por el gobierno (tarjeta de identificación, licencia de conducir, pasaporte) para demostrar su identidad. Si no proporciona toda la información federalmente requerida no puede aplicar para el PDD. **Proporcionar información falsa ahora, o si más tarde descubrimos que es falsa, es considerado fraude. Lo que significa que todos los descuentos serán revocados y tendrá que pagar inmediatamente por los servicios recibidos sin ningún descuento.**

Según la información proporcionada, el tamaño de mi familia / hogar es _____ y el ingreso es de \$ _____. Estos dos números determinarán en que grupo califica. HRSA decide el rango del Nivel Federal de Pobreza (FPL) para cada Grupo:

Tamaño de la Familia/ del Hogar	<u>Nivel 1 de Ingresos</u>	<u>Nivel 2 de Ingresos</u>	<u>Nivel 3 de Ingresos</u>	<u>Nivel 4 de Ingresos</u>
Size	<101% FPL	101 – 133% FPL	134 – 150% FPL	151 – 200 % FPL
1	\$ 0 - \$12,760	\$ 12,761 - \$16,971	\$ 16,972 - \$19,140	\$19,141 - \$25,520
2	\$ 0 - \$17,240	\$ 17,241 - \$22,929	\$ 22,930 - \$25,860	\$25,861 - \$34,480
3	\$ 0 - \$21,720	\$ 21,721 - \$28,888	\$ 28,889 - \$32,580	\$32,581 - \$43,440
4	\$ 0 - \$26,200	\$ 26,201 - \$34,846	\$ 34,847 - \$39,300	\$39,301 - \$52,400
5	\$ 0 - \$30,680	\$ 30,681 - \$40,804	\$ 40,805 - \$46,020	\$46,021 - \$61,360
6	\$ 0 - \$35,160	\$ 35,160 - \$46,763	\$ 46,764 - \$52,740	\$52,741 - \$70,320
7	\$ 0 - \$39,640	\$ 39,641 - \$52,721	\$ 52,722 - \$59,460	\$59,461 - \$79,280
8	\$ 0 - \$44,120	\$ 44,120 - \$58,680	\$ 58,681 - \$66,180	\$66,181 - \$88,240
Por cada miembro adicional, +	\$4,480	\$,958	\$6,720	\$8,960

Basado en los Niveles de Pobreza Federal (Federal Register, Vol. 79, no. 14, 17 de enero de 2020)

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 Descuentos.

He leído y entendido el Programa De Descuentos y prometo cumplir con éste. Al firmar esta aplicación, página 2 de 2, tengo entendido que el Centro ha asignado la escala ___ 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 confirmar mi ingreso y tamaño de la familia/hogar. Verifico que toda la información proporcionada para la determinación de elegibilidad es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o información posteriormente determinada que era falsa resultará en la revocación de todos los descuentos y el saldo total de las cuentas serán restauradas y pagos serán requeridos inmediatamente.

Completado por (nombre de la persona paciente/responsable)

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha efectiva: **Immediato**
 Fecha aprobada: **01/30/2020**
 Última fecha de cambio: **01/28/2020**