

PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

En Finger Lakes Community Health, nunca se rechaza a un paciente debido a la imposibilidad de pagar los servicios, su estado migratorio o el estado de su seguro médico. Finger Lakes Community Health ofrece un programa de descuento de tarifa variable basado en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar para garantizar que reciba la atención que necesita a un precio asequible. Los servicios con descuento están disponibles para pacientes cuyos ingresos caen por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza actuales. Se anima a todos los pacientes a presentar su solicitud; incluyendo pacientes con seguro médico o dental. Las solicitudes se renuevan cada 12 meses, y pedimos que los pacientes actualicen su solicitud cada vez que haya un cambio en el tamaño de su hogar o en los ingresos. Hay descuentos adicionales disponibles para los servicios de salud reproductiva.

**PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE
 De Finger Lakes Community Health
 Efectivo de Febrero 1, 2020 – Enero 31, 2021**

Tamaño Familiar	Ingreso Anual	
	Tarifa Nominal =< 100%	Tarifa Variable 101% - 200%
1	\$0 - \$12,760	\$12,761 - \$25,520
2	\$0 - \$17,240	\$17,241 - \$34,480
3	\$0 - \$21,720	\$21,721 - \$43,440
4	\$0 - \$26,200	\$26,201 - \$52,400
5	\$0 - \$30,680	\$30,681 - \$61,360
6	\$0 - \$35,160	\$35,161 - \$70,320
7	\$0 - \$39,640	\$39,641 - \$79,280
8	\$0 - \$44,120	\$44,121 - \$88,240
9	\$0 - \$48,600	\$48,600 - \$97,200
10	\$0 - \$53,080	\$53,080 - \$106,160

Servicios Médicos	Tarifa Nominal=< 100%	Tarifa Variable 101% - 200%
Visita Médica	Desde \$20	\$40-\$80
Visita de Salud Reproductiva	Desde \$0	\$40-\$80
Consejería de Salud Conductual	Desde \$10	\$20-\$40
Consejería Nutricional	Desde \$10	\$20-\$40
Servicios Dentales	Tarifa Nominal =< 100%	Tarifa Variable 01% - 200%
Visita de Emergencia	Desde \$20	\$30-\$50
Examen Paciente Nuevo	Desde \$20	\$30-\$50
Examen Paciente Establecido	Desde \$10	\$15-\$25
Limpieza/Fluoruro (menor 13 años)	Desde \$10	\$20-\$40
Limpieza/Fluoruro (13 o mayor)	Desde \$20	\$30-\$50
Radiografía – Individual	\$5	\$5
Radiografía – Boca Completa	Desde \$40	\$55-\$85
Selladores y Diamino de Plata	Desde \$20	\$25-\$35
Empastes/Extracciones – por diente	Desde \$30	\$50-\$100

Para aplicar, complete la solicitud de descuento de tarifa variable adjunta. La información recibida de este formulario se utilizará para determinar su descuento variable.

- ✓ **Información del hogar** - una lista de todos los miembros de la familia que viven en su hogar. A menudo, se trata de las mismas personas que se reclaman como dependientes al presentar su declaración de impuestos.
- ✓ **Información sobre ingresos** - una lista de todos los ingresos del hogar, tanto gravables como no gravables para los miembros del hogar. Estos ingresos incluyen, entre otros, salarios y propinas, pensión, anualidades, beneficios para veteranos, beneficios del seguro social (monto neto después de las deducciones para Medicare), pensión alimenticia, manutención infantil, compensación laboral, desempleo estatal, ingresos por trabajo por cuenta propia, ingresos por alquiler. Es importante anotar en el formulario la cantidad de horas trabajadas por semana y la cantidad de meses en el año que la persona está trabajando; las horas extras no se usan en el cálculo.
- ✓ **Comprobante de ingresos** - deberá proporcionar uno de los siguientes documentos para verificar sus ingresos:
 - Recibos de pago: un total de un mes de ingresos en orden secuencial para todos los miembros del hogar. Deben tener una fecha dentro de los 45 días a la fecha en que se presentan los talones de pago
 - Formularios W-2
 - Declaración de impuestos federales o estatales
 - Estado de cuenta anual del Seguro Social
 - Carta de prestaciones por desempleo
 - Documentos de indemnización laboral por discapacidad
 - Una carta firmada por su empleador que indique su ingreso bruto mensual actual y la cantidad de horas trabajadas
 - Estado de cuenta bancario (utilizado como último recurso para los pacientes que no pueden proporcionar la documentación mencionada anteriormente)

Información Adicional:

- Los menores (de 12 a 18 años de edad) y las personas solteras que no se declaran en un documento fiscal anual del hogar no están obligados a proporcionar prueba de ingresos para recibir un descuento en los servicios de salud reproductiva.
- Los pacientes que declaren no tener empleo o ingresos serán referidos a un Asesor Financiero para discutir las opciones de seguro que puedan estar disponibles.
- Si el pagar el tratamiento le causaría una barrera para recibir atención, se completará una solicitud de dificultad para determinar si podemos ofrecerle un descuento de hasta el 100%.
- Se pide a los solicitantes completar una nueva solicitud cuando el tamaño del hogar o los ingresos cambien.

Si tiene alguna pregunta adicional, un miembro de nuestro equipo estará encantado de responderle.

Solicitud del Programa De Descuento de Tarifa Variable

Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Fecha de Hoy
Edad Actual	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Menor (12 a 18 años de edad) Si aplica para descuento de Salud Reproductiva		

DECLINA (al poner mis iniciales y la fecha, yo comprendo que no recibiré el descuento de tarifa variable.) _____
Iniciales Fecha

Lista de todos los miembros del hogar y sus ingresos (incluyendo uno mismo):				
Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Relación	Ingreso Mensual	¿Paciente?
		<i>Uno Mismo</i>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si no reporta ingresos, debe indicar como se mantiene y/o vive actualmente:

Yo autorizo que el personal de Finger Lakes Community Health hable acerca del balance de mi cuenta, en mi ausencia, con _____ cuyo número de teléfono es _____.

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que dar información falsa puede hacerme inelegible para servicios con descuento.

Firma del que aplica: _____ Fecha: _____

Office Use Only	
Total Household Members: _____	Total Monthly Household Income: _____ Total Monthly Reproductive Health Income: _____
Did you assign the General Slide to the patient account? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Did you note the Reproductive Health Slide in the Income Section? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
POI Provided:	
<input type="checkbox"/> Yes (Expires 365 days) Termination Date: _____	
<input type="checkbox"/> No (Expires in 90 days) Termination Date: _____	
<input type="checkbox"/> No (Does not qualify for 90 days) Termination Date: _____	
<input type="checkbox"/> No (Expires in 365 days) The patient has barriers that do not allow them to obtain the necessary proof income and doing so would place barriers to care and/or financial hardship. I have, as best as possible determined that the stated income is correct, and that the number of people listed as household members is true to the best of my knowledge. Termination Date: _____	
Staff Signature: _____	Date: _____