

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 sean por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza actuales. Se anima a todos los pacientes a presentar su solicitud. 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 Marzo 24, 2024 – April 14, 2025

Tamaño Familiar	Tarifa Nominal >= 100%	Tarifa Variable 101% - 200%
1	\$0 - \$12,060	\$12,061 - \$30,120
2	\$0 - \$20,440	\$20,441 - \$40,880
3	\$0 - \$25,820	\$25,821 - \$51,640
4	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$62,400
5	\$0 - \$36,580	\$36,581 - \$73,160
6	\$0 - \$41,960	\$41,961 - \$83,920
7	\$0 - \$47,340	\$47,341 - \$94,680
8	\$0 - \$52,720	\$52,721 - \$105,440
9	\$0 - \$58,100	\$58,101 - \$116,200
10	\$0 - \$63,480	\$63,481 - \$126,960

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 101% - 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	Desde \$3	\$6-\$12
Radiografía – Boca Completa	Desde \$40	\$25-\$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 tarifas 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 menos, se trate de las mismas personas que se reclaman como dependientes en la 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, pensión, 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 extra no se van en el cálculo.
- ✓ **Comparante 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 1040 federales
- 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 promedio mensual actual y la cantidad de horas trabajadas
- Estado de cuenta bancario (u otro instrumento) como último recurso para los pacientes que no pueden proporcionar la documentación mencionada anteriormente

Información adicional:

- Los menores (de 18 años de edad y las personas solteras que no se declaran en un documento fiscal anual del hogar no están obligados a proporcionar pruebas de ingresos para recibir un descuento en los servicios de salud reproductiva).
- Los pacientes que declaran no tener empleo o ingresos serán referidos a un Asesor Financiero para discutir las opciones de seguro que pueden estar disponibles.
- Si el pago de el tratamiento de cáncer para recibir atención, se completa una solicitud de beneficio para determinar si podemos ofrecerle un descuento de hasta el 100%.
- Se pide a los solicitantes completar una nueva solicitud cuando el término del hogar o los ingresos cambien.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llámenos al número de nuestro equipo de atención de pacientes.

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) <input type="checkbox"/> 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
		Uno Mismo	

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

Yo autorizo que el personal de Finger Lakes Community Health consulte el 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 ineligibles 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"/> NA
POI Provided: _____ <input type="checkbox"/> Yes (Expires 365 days) Termination Date: _____ <input type="checkbox"/> No 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: _____