

Ingresos/ Solicitud de Escala de Pago

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Este formulario se usa para determinar si usted es elegible para recibir un descuento en las tarifas de sus servicios médicos. Debe completar este formulario para recibir un descuento.

Debe informarnos de todas las fuentes de ingresos de los miembros del hogar que figuran en este formulario. Esto incluye:

- Salario de empleo
- Ingresos del trabajo por cuenta propia
- Manutención de hijos, Manutención conyugal, o Pensión alimenticia (alimony)
- Cualquier otra Fuente de ingresos
- Pensión o Ingreso de Jubilación
- Seguro Social
- Pagos de Incapacidad (disability)
- Pagos de desempleo
- Declaración Jurada de Ingresos

Solicitaremos evidencia de sus ingresos en forma de talón de cheque de pago, declaración de impuesto (tax returns), u otros documentos para poder calificar para un descuento.

Enumere a continuación a todos los miembros del hogar que viven en su hogar y dependen del ingreso hogar. Una vez que se complete esta forma, cada miembro del hogar con una cuenta en el Centro de Salud de Petaluma será elegible para el descuento.

_____ RECHAZADO (entiendo que no soy elegible para ningún descuento o programa)

NOMBRE DE MIEMBRO DEL HOGAR		FECHA DE NAC	TIPO DE INGRESO	INGRESO ANUAL <i>(antes de impuestos o deducciones)</i>	ENTERED BY
TAMAÑO DEL HOGAR		INGRESO TOTAL AL AÑO DEL HOGAR			

Ingresos/ Solicitud de Escala de Pago



Si no reporta ingresos, debe describir sus medios actuales de sustento y/o situación de vida:

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 causar que no sea elegible para recibir servicios con descuentos.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Verified* Yes (exp. 365 days) No (<200% FPL - exp. 30 days)
 No (>200% FPL - exp. 365 days)

Notified Patient about eligibility screening & application assistance through Certified Enrollment Counselor Yes

This applicant is: Eligible for Sliding Scale Discount: _____
 Not Eligible for Sliding Scale Discount

Termination date: _____

Certified by: _____
Staff Name Date

Routing Instructions: Receptionist - Document eligibility for each family member for each account type within registration. Enter date eligibility begins (the certification date on this sheet) for each eligible account. Scan form into record.

***ROUTE TO CEC** for follow-up assistance.

Programa de Descuentos de la Escala de Pago

Petaluma
HealthCenter
The Center of Good Health

El Centro de Salud de Petaluma (PHC) ofrece un Programa de Descuentos de la Escala de Pago para los pacientes de bajos ingresos y/o sin seguro médico.

SERVICIOS MÉDICOS

¿Cuáles son los Descuentos de la Escala de Pago para servicios médicos?

(Vea la escala de descuento que esta adjuntada.)

Tarifa Mínima: Paciente paga \$25.00 para una visita médica

Nivel B: Paciente paga \$35.00 para una visita médica

Nivel C: Paciente paga \$40.00 para una visita médica

Nivel D: Paciente paga \$50.00 para una visita médica

Nivel E: Paciente paga \$60.00 para una visita médica

SERVICIOS DENTALES

¿Cuáles son los Descuentos de la Escala de Pago para servicios dentales?

(Vea la escala de descuento que esta adjuntada.)

Tarifa Mínima: Paciente paga \$65 para una visita dental

Nivel B: Paciente paga 50% de los cargos relacionados para una visita dental

Nivel C: Paciente paga 60% de los cargos relacionados para una visita dental

Nivel D: Paciente paga 70% de los cargos relacionados para una visita dental

Nivel E: Paciente paga 80% de los cargos relacionados para una visita dental

- \$5.00 de descuento si se paga al momento del servicio
- Los pacientes que califiquen para o estén por encima del nivel B no pagaran menos de la tarifa mínima.
- Los Pacientes que estén más del 200% del Nivel Federal de Pobreza no son elegibles para los Descuentos de la Escala de Pago.
- Solicitamos el pago de la tarifa de descuento de escala en la fecha del servicio.

CONDICIONES

1. Para calificar para el Programa de Descuentos de la Escala de Pago, debe de traer prueba de ingresos de su familia dentro de los próximos **30** días.
 - a. Prueba de ingresos: 2 a 4 talones de cheque, declaración de impuestos, carta del empleador, documentos que verifiquen cantidad de ingresos de otras fuentes, por ej. desempleo, SSI, pensión alimenticia, manutención, etc.
 - b. Si usted no tiene prueba de ingresos cuando venga a su cita, es posible estimar el ingreso anual bruto actual de su familia, pero tiene que traer la documentación al centro de salud dentro de los próximos **30** días.
2. Si su prueba de ingresos es elegible, usted recibirá un descuento durante 12 meses. Su escala de pago expira después de 12 meses y tendrá que volver a aplicar.
3. Puede ser elegible para: Medi-Cal, CMSP, PHP, Covered California u otros programas de cobertura médica de bajo costo. Aunque no es un requisito para inscribirse en nuestro Programa de Descuentos de Escala de Pago, podemos ayudarle a hacer una cita con un Consejero Certificado de Inscripciones, para que conozca sus opciones de cobertura médica.
4. Si usted no trae su comprobante de ingresos dentro de la fecha que aparece a continuación, se le puede cobrar el costo COMPLETO en su próxima consulta. A ningún paciente se le negará atención por la incapacidad de pagar. Especialistas en facturación están disponibles para organizar un plan de pago.
5. **¿Qué es lo que no está cubierto bajo el programa de descuentos de la escala para servicios médicos?**

En este momento, se incluyen todos los servicios, incluyendo , suministros, medicamentos, procedimientos y servicios de Acupuntura y quiropráctico.

6. **¿Qué es lo que no está cubierto bajo el programa de descuentos de la escala para servicios dentales?**
 - a. Los medicamentos dispensados o inyectados (se facturan al costo de PHC)
 - b. Cobros de laboratorio externos (se facturan al costo de PHC)
 - c. Materiales médicos (se facturan al costo de PHC)
 - d. Servicios fuera del alcance (Servicios que no son requeridos o que son adicionales en el ámbito federal de los servicios de PHC)

Necesito traer mi Prueba de Ingresos para el _____ para recibir mi estado de Descuento de la Escala de Pago.

A ningún paciente se le negará atención por la incapacidad de pagar. Especialistas en facturación están disponibles para organizar un plan de pago.

También puede ser
elegible para...

Petaluma
HealthCenter
The Center of Good Health

**¡PROGRAMAS DE COBERTURA DE SALUD Y SNAP
Y BENEFICIOS DE ALIMENTOS DE CALFRESH!**

Llamar a (707) 559-7500 para más información.

Programas De Seguros Médicos De Bajos Ingresos

- Covered California
- Partnership Health Plan
- Medi-Cal Niños y Adultos
- CMSP: Servicios Médicos del Condado
- MCAP (programa para mujeres embarazadas)

Programas Sin Seguro Médico De Bajos Ingresos

Every Woman Counts: Detección del cáncer de cérvix y mamografía para las mujeres

CHDP: Exámenes físicos y vacunas para niños de 0-18

CPSP: Atención Perinatal Completa

FAMPACT: Métodos anticonceptivos, planificación familiar, detección de ETS, pruebas de embarazo,

prueba de Papanicolau

CALFRESH: Programa de Asistencia de Alimentos

Escala de Pago (para los pacientes de bajos ingresos)

Programa de Asistencia de Medicamentos

Clases Y Consejería de PHC

- Educación de Salud
- Nutrición
- Diabetes y Prediabetes
- Clases de Parto/Lactancia
- Medicina integral incluyendo clases para el dolor crónico y acupuntura
- Clases del Bienestar (para los pacientes con enfermedades crónicas)
- P.L.A.Y. - Petaluma Loves Active Youth (Petaluma Ama la Juventud Activa)

PHEALTHCENTER.ORG • (707) 559-7500