

## Solicitud para Descuento de Tarifa

Community Health of Central Washington a través de sus clínicas ofrece descuentos para servicios médicos para familias en o por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Si usted piensa que puede calificar llene la solicitud por completo y proporcione toda la documentación necesaria descrita a continuación.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Ingreso del Hogar:** Incluye la compensación total, el bienestar, la discapacidad y otros pagos recibidos de todos los miembros dentro del hogar.

El Ingreso Total del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

**Tamaño de la Familia:** Liste los nombres de cada miembro de la familia que viven dentro de su hogar.

<i>Nombre del Miembro de la Familia</i>	<i>Relación</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tamaño Total de la Familia: \_\_\_\_\_

*Si hay más de seis liste los por detrás*

**Verificación:** Por favor proporcione los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos del año anterior
- Talón de cheque de los **más recientes 3 meses** de cada miembro del hogar
- Cualquier documentación verificada previamente por el Estado o el Gobierno Federal:
  - Aplicación para ayuda del Estado/Federal (cupones médicos, estampillas de comida, etc.)
  - Desempleo o beneficios de discapacidad
  - Otro (es decir, información de beca del estudiante, etc.)
  - Carta de ingresos del Seguro Social para el año actual
- Carta del empleador verificando el ingreso con la información de contacto del empleador
- Carta del Tribunal mostrando manutención del niños o alimentos o otros pagos

Prefiero no indicar el tamaño de mi familia y el ingreso anual. **Entiendo que soy responsable de los cobros completos de todos los servicios rendidos en las clínicas de Community Health of Central Washington; y que tengo que pagar por los servicios en el día en que los reciba.**

Doy fe de que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que todos los descuentos son contingentes a la verificación de la documentación requerida. Entiendo, además, que si no proporciono la documentación necesaria en el momento del servicio, tengo 30 días laborables desde la fecha de esta solicitud para proporcionar los documentos o hacer arreglos con el Consejero Financiero o se me facturará la cantidad total por los servicios rendidos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Consejero Financiero

## Programa de Descuento de Tarifa

**01 de enero 2017 – 31 de diciembre 2017**

Las tarifas normales de CHCW son descontadas en la base actual de las Guías de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos, de la siguiente manera.

### 2017 CHCW Sliding Fee Discount Programa

Efectiva 1/1/2017	SFSD A		SFSD B		SFSD C		SFSD D		Self-Pay Patinetes
Familia/Household	0 - 100% Poderte Leve	101% - 133%		133.1% - 166%		166.1% - 200%		Overo 200% of FPL	
1	0	\$ 12,060	\$ 12,061	\$ 16,040	\$ 16,041	\$ 20,020	\$ 20,021	\$ 24,120	\$ 24,121
2	0	\$ 16,240	\$ 16,241	\$ 21,599	\$ 21,600	\$ 26,958	\$ 26,959	\$ 32,480	\$ 32,481
3	0	\$ 20,420	\$ 20,421	\$ 27,159	\$ 27,160	\$ 33,897	\$ 33,898	\$ 40,840	\$ 40,841
4	0	\$ 24,600	\$ 24,601	\$ 32,718	\$ 32,719	\$ 40,836	\$ 40,837	\$ 49,200	\$ 49,201
5	0	\$ 28,780	\$ 28,781	\$ 38,277	\$ 38,278	\$ 47,775	\$ 47,776	\$ 57,560	\$ 57,561
6	0	\$ 32,960	\$ 32,961	\$ 43,837	\$ 43,838	\$ 54,714	\$ 54,715	\$ 65,920	\$ 65,921
7	0	\$ 37,140	\$ 37,141	\$ 49,396	\$ 49,397	\$ 61,652	\$ 61,653	\$ 74,280	\$ 74,281
8	0	\$ 41,320	\$ 41,321	\$ 54,956	\$ 54,957	\$ 68,591	\$ 68,592	\$ 82,640	\$ 82,641
9	0	\$ 45,500	\$ 45,501	\$ 60,515	\$ 60,516	\$ 75,530	\$ 75,531	\$ 91,000	\$ 91,001
10	0	\$ 49,680	\$ 49,681	\$ 66,074	\$ 66,075	\$ 82,469	\$ 82,470	\$ 99,360	\$ 99,361
11	0	\$ 53,860	\$ 53,861	\$ 71,634	\$ 71,635	\$ 89,408	\$ 89,409	\$ 107,720	\$ 107,721
12	0	\$ 58,040	\$ 58,041	\$ 77,193	\$ 77,194	\$ 96,346	\$ 96,347	\$ 116,080	\$ 116,081

More tan 12                      add \$4,180 por each adicional  
persona

Medical Services Descoyunta	\$20 Nominal Fee	60% Discount	40% Discount	20% Discount	None
Dental Services Discount	\$45 Nominal Fee	55% Discount	40% discount	20% Discount	None
Mental Health Services	\$20 Nominal Fee	\$20 Visit Charge	\$20 Visit Charge	\$20 Visit Charge	\$20 Visit Charge

\*Servicios Excluidos - Farmacia, prótesis, prótesis dentales, blanqueamiento, la circuncisión, la anticoncepción, la cirugía estética, vacunas y servicios proporcionados por otros proveedores que no forman parte de CHCW. Servicios descontados por separado; Los servicios de laboratorio, ordenados por PAML, consultas psiquiátricas de Comprehensive Mental Health, servicios laborista OB, referencias a People for People, servicios de ultrasonidos ginecólogos en Valley Imaging y honorarios de los profesionales de Yakima Valley Radiology por el leído de radiografías realizadas en CHCW. Artículos de Servicio Médico de menos de \$20 no serán descontados. Artículos de Servicio Dental de menos de \$45 no serán descontados.