

### Solicitud de tarifa con descuento

Community Health of Central Washington a través de sus clínicas ofrece descuentos en servicios médicos, dentales, y de salud mental para familias en o por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Si cree que puede calificar, complete la solicitud por completo y proporcione toda la documentación necesaria que se describe a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Ingresos del hogar:** Incluye la compensación total, asistencia social, discapacidad y otros pagos recibidos de todos los miembros dentro del hogar.

Ingresos totales del hogar: \$ \_\_\_\_\_

**Tamaño de la familia:** Anote los nombres de cada miembro de la familia que vive 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 mas de seis anote por detrás*

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

- Declaración de impuestos del año anterior
- Talones de pago de los **últimos 3 meses** de cada miembro del hogar
- Cualquier documentación previamente verificada por el gobierno estatal o federal:
  - Solicitud estatal/federal de ayuda (Medicaid, cupones de alimentos, etc.)
  - Beneficios de desempleo o discapacidad
  - Otro (es decir, información de la beca del estudiante, etc.)
  - Carta de ingresos del Seguro Social para el año actual
- Carta del empleador que verifica los ingresos con la información de contacto del empleador
- Carta de la corte que muestre manutención infantil o pensión alimenticia o otros pagos

Prefiero no indicar el tamaño de mi familia y el ingreso anual. *Entiendo que soy responsable del cargo total por todos los servicios presentados en las clínicas de Community Health of Central Washington; y que debo pagar los servicios el día que los reciba.*

Doy fe de que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que todos los descuentos dependen de la verificación de la documentación requerida. Además, entiendo que si no proporciono la documentación necesaria al momento del servicio, tengo 30 días hábiles a partir de la fecha de esta solicitud para proporcionar los documentos de respaldo. De lo contrario, se espera que pague el monto total de los servicios en el momento en que se prestan. Se espera que pague la tarifa asociada al momento de cada visita al consultorio una vez que se apruebe la solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Consejero financiero

**Descargo de responsabilidad:** Community Health of Central Washinton ha establecido acuerdos con Yakima Valley Memorial Hospital, Kittitas Valley Community Hospital, LapCorp, Medical Center Lab, Valley Imaging Partners y Yakima Valley Radiology para proporcionar un programa de tarifas con descuento a nuestros pacientes en o por debajo del nivel federal de pobreza.

## Programa de tarifa con descuento

15 de Enero de 2020 – 14 de Enero de 2021

Las tarifas estándar de CHCW's se descuentan de acuerdo con los ejemplos federales de pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos, de la siguiente manera.

# de miembros de la familia	SFSD A		SFSD B		SFSD C		SFSD D		Self-Pay
	0%	100%	101%	133%	134%	166%	167%	200%	Over 200%
1	\$0	\$12,760	\$12,761	\$16,972	\$16,973	\$21,182	\$21,183	\$25,520	\$25,521
2	\$0	\$17,240	\$17,241	\$22,931	\$22,932	\$28,618	\$28,619	\$34,480	\$34,481
3	\$0	\$21,720	\$21,721	\$28,889	\$28,890	\$36,055	\$36,056	\$43,440	\$43,441
4	\$0	\$26,200	\$26,201	\$34,847	\$34,848	\$43,492	\$43,493	\$52,400	\$52,401
5	\$0	\$30,680	\$30,681	\$40,806	\$40,807	\$50,929	\$50,930	\$61,360	\$61,361
6	\$0	\$35,160	\$35,161	\$46,764	\$46,765	\$58,366	\$58,367	\$70,320	\$70,321
7	\$0	\$39,640	\$39,641	\$52,723	\$52,724	\$65,802	\$65,803	\$79,280	\$79,281
8	\$0	\$44,120	\$44,121	\$58,681	\$58,682	\$73,239	\$73,240	\$88,240	\$88,241
9	\$0	\$48,600	\$48,601	\$64,639	\$64,640	\$80,676	\$80,677	\$97,200	\$97,201
10	\$0	\$53,080	\$53,081	\$70,598	\$70,599	\$88,113	\$88,114	\$106,160	\$106,161
11	\$0	\$57,560	\$57,561	\$76,556	\$76,557	\$95,550	\$95,551	\$115,120	\$115,121
12	\$0	\$62,040	\$62,041	\$82,515	\$82,516	\$102,986	\$102,987	\$124,080	\$124,081

Miembros adicionales de la familia mayores de 12 años agregan \$4,480 por persona

Tabla que muestra los honorarios nominales y los descuentos aprobados por la escala variable de la Junta Directiva efectiva 1/9/2019

Tipo de servicio	SFSD A	SFSD B	SFSD C	SFSD D	Pacientes por cuenta propia
Descuento en servicios médicos	Tarifa nominal de \$20	70% de descuento	50% de descuento	30% de descuento	Nada
Descuento en servicios dentales	Tarifa nominal de \$45	65% de descuento	50% de descuento	30% de descuento	Nada
Descuento de salud mental	Tarifa/visita de \$5	Tarifa/visita de \$10	Tarifa/visita de \$15	Tarifa/ visita de \$20	Nada
Descuento de farmacia	Tarifa de \$5 + tarifa de medicación	Tarifa de \$7 + tarifa de medicación	Tarifa de \$8 + tarifa de medicación	Tarifa de \$9 + tarifa de medicación	Nada

Los artículos del servicio medico por debajo de \$20 no se descontarán. Los artículos de servicios dentales de menos de \$45 no se descontarán. **Servicios de farmacia:** Los medicamentos recetados se proporcionan a una tasa de descuento del AWP (Promedio de Precio de Mayoría) mas una tarifa de suministro para todos los medicamentos a pacientes que están por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Los pacientes de pago por cuenta propia pagan el AWP mas una tarifa de despacho. Se requiere el pago completo al momento de la dispensación.

\*Servicios excluidos del SFSD – Prostéticas, dentaduras postizas, blanqueamiento, cirugía estética y servicios proporcionados por otros proveedores que no forman parte de CHCW. Servicios descontados por separado por el proveedor (no un proveedor de CHCW); servicios de laboratorio, ordenados por LabCorp, consultas de Comprehensive Mental Health Psychiatric, servicios de OB laboristas, referencias a People for People, servicios de Valley Imaging Gyn Ultrasound y profesionales de Yakima Valley Radiology sobre tarifas de lectura para rayos X realizados en CHCW.

**A ningún paciente se le negaran los servicios debido a la imposibilidad de pagar – Por favor hable con un asesor financiero del paciente si tiene preguntas sobre su cuenta. Los asesores financieros pueden ser contactados gratis al 833-574-6100; 8:00 AM a 4:00 PM de lunes a viernes; excepción de días festivos**