

Tarifa variable

Solicitud para recibir descuentos



Family Health Care Clinic es un centro de salud habilitado federalmente. Podemos ofrecer descuentos en algunos servicios según los ingresos y el tamaño del hogar. Los cálculos de la tarifa variable se hacen utilizando el ingreso anual total del solicitante proporcionado por la(s) declaración(es) completa(s) de impuestos federales, W-2(s) o 1099(s), los recibos de salario más recientes correspondientes a cuatro semanas, los ingresos del Seguro Social o de la pensión, las cartas de adjudicación de la asistencia pública y la compensación por desempleo. FHCC utiliza los lineamientos Federales de pobreza (consulte la tabla mostrada en el reverso) para determinar su elegibilidad.

El descuento de su hogar se evaluará una vez al año. En ese momento, usted deberá volver a solicitar el descuento que le otorga la tarifa variable y proporcionar la documentación actualizada sobre sus ingresos.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Usted puede ser responsable del pago de algunos procedimientos, exámenes de laboratorio y medicamentos. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Facturación de FHCC llamando al 1-800-508-7481.

Para solicitar la tarifa variable, debe mostrar prueba de ingresos de todos los miembros de la familia o las personas que viven en su hogar o de las personas de las que usted sea económicamente responsable. Si no tiene ninguna fuente de ingresos, por favor hable con un miembro del personal.

Si corresponde, los solicitantes deben proporcionar una copia de los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos, formularios W-2 o 1099 del año anterior
- Recibos de salario más recientes correspondientes a cuatro semanas
- Ingresos de la Seguridad Social o de la pensión
- Cartas de concesión de asistencia pública para cada adulto de 18 años o más que viva en el hogar
- Indemnización por desempleo

Esto incluye también a los miembros que vivan fuera del hogar, pero de los cuales el hogar sea responsable económicamente (los ingresos procederán de la línea correspondiente a ingresos totales que se encuentra en la declaración impositiva respectiva).

Lleve la(s) solicitud(es) completada(s) y la documentación sobre los ingresos en un plazo de 30 días a cualquier centro de FHCC o envíela(s) directamente por correo a:

Family Health Care Clinic, **Attn: Billing Department**, P.O. Box 24116, Jackson, MS 39225

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tamaño de la familia (número de miembros de la familia que viven en su hogar): _____

Indique el nombre y la fecha de nacimiento de los miembros de la familia/personas que viven en su casa o de las que es responsable económicamente:

Dirección: _____

Teléfono: _____ ¿Tiene seguro médico? Sí NO

En caso afirmativo, indique: Nombre del plan médico: _____

Nombre del plan dental: _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Por medio del presente documento, certifico que a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y correcta. Además, me comprometo a notificar a Family Health Care Clinic todo cambio en esta información dentro de los diez (10) días siguientes a que se produzca el cambio.

Sé que debo volver a solicitar la tarifa variable anualmente y volver a presentar la información para que se determine mi elegibilidad.

Sé que esta información se revisa y se basa en los lineamientos federales de pobreza que publica anualmente el Gobierno Federal. El pago de la tarifa variable debe hacerse en el momento de recibir el servicio. Para mantener el descuento, es necesario pagar los honorarios puntualmente. Si usted no puede hacer el pago en el momento de recibir el servicio, por favor, póngase en contacto con el Departamento de Facturación de FHCC llamando al 1-800-508-7481 para hacer otros arreglos de pago.

SÓLO PARA USO INTERNO

Ingresos brutos anuales _____

El paciente es elegible para la categoría de descuento de tarifa variable _____

- Prueba de ingresos verificada
- El paciente se negó a completar la información
- El paciente no cumple con los requisitos para recibir la tarifa variable

Verificado por _____

Fecha _____

Firma

Fecha

Escala de la tarifa variable

Se basa en los lineamientos de pobreza del Registro Federal en 2021

Tamaño de la familia	Medición del ingreso	Categoría 0	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4
% del nivel de ingreso de pobreza federal		Hasta el 100%	100.01%-149.99%	150.00%-174.99%	175.00%-199.99%	200.00%+
		Tarifa del paciente: \$0.00	Tarifa del paciente: \$10.00	Tarifa del paciente: \$20.00	Tarifa del paciente: \$30.00	Tarifa del paciente: 100%
1	Anual Mensual	\$0 - \$12,880 \$0 - \$1,073	\$12,881 - \$19,319 \$1,074 - \$1,609	\$19,320 - \$22,539 \$1,610 - \$1,878	\$22,540 - \$25,760 \$1,879 - \$2,146	\$25,761 + \$2,147 +
2	Anual Mensual	\$0 - \$17,420 \$0 - \$1,452	\$17,421 - \$26,128 \$1,453 - \$2,178	\$26,129 - \$30,483 \$2,179 - \$2,541	\$30,484 - \$34,840 \$2,542 - \$2,904	\$34,841 + \$2,905 +
3	Anual Mensual	\$0 - \$21,960 \$0 - \$1,830	\$21,961 - \$32,938 \$1,831 - \$2,745	\$32,939 - \$38,428 \$2,746 - \$3,202	\$38,429 - \$43,920 \$3,203 - \$3,660	\$43,921 + \$3,661 +
4	Anual Mensual	\$0 - \$26,500 \$0 - \$2,208	\$26,501 - \$39,747 \$2,209 - \$3,312	\$39,748 - \$46,372 \$3,313 - \$3,864	\$46,373 - \$53,000 \$3,865 - \$4,416	\$53,001 + \$4,417 +
5	Anual Mensual	\$0 - \$31,040 \$0 - \$2,587	\$31,041 - \$46,557 \$2,588 - \$3,880	\$46,558 - \$54,317 \$3,881 - \$4,527	\$54,318 - \$62,080 \$4,528 - \$5,174	\$62,081 + \$5,175 +
6	Anual Mensual	\$0 - \$35,580 \$0 - \$2,965	\$35,581 - \$53,366 \$2,966 - \$4,447	\$53,367 - \$62,261 \$4,448 - \$5,188	\$62,262 - \$71,160 \$5,189 - \$5,930	\$71,161 + \$5,931 +
7	Anual Mensual	\$0 - \$40,120 \$0 - \$3,343	\$40,121 - \$60,176 \$3,344 - \$5,014	\$60,177 - \$70,206 \$5,015 - \$5,850	\$70,207 - \$80,240 \$5,851 - \$6,686	\$80,241 + \$6,687 +
8	Anual Mensual	\$0 - \$44,660 \$0 - \$3,722	\$44,661 - \$66,986 \$3,723 - \$5,583	\$66,987 - \$78,151 \$5,584 - \$6,513	\$78,152 - \$89,320 \$6,514 - \$7,444	\$89,321 + \$7,445 +
Cada miembro adicional de la familia		+ \$4,540 A + \$373 M	+ \$4,540 A + \$373 M	+ \$6,810 A + \$560 M	+ \$7,945 A + \$653 M	+ \$9,080 A + \$747 M

EXCLUSIONES - CATEGORÍA 0

SERVICIOS MÉDICOS

Los siguientes servicios se facturarán al 100% del costo real de FHCC:

- Inyectables

SERVICIOS DENTALES

Los siguientes servicios se facturarán al 100% del costo real de FHCC:

- Costo del laboratorio dental para prótesis, coronas o puentes

EXCLUSIONES - CATEGORÍA 1-3

SERVICIOS MÉDICOS

Los siguientes servicios se facturarán al 100% de los gastos reales correspondientes a la lista de honorarios de FHCC:

- Algunas cirugías/procedimientos en el consultorio
- Algunos inyectables
- Servicios externos, como los servicios prestados en hospitales, servicios hospitalarios y residencias de ancianos

SERVICIOS DENTALES

Los siguientes servicios se facturarán al 75% del cargo real correspondiente a la lista de tarifas de FHCC:

- Dentaduras postizas
- Coronas
- Puentes
- Cirugía oral