

### Solicitud de tarifas reducidas de 2022

A través de sus clínicas, Community Health of Central Washington ofrece descuentos en servicios médicos, dentales y de salud mental para familias que estén al 200 % del nivel federal de pobreza o por debajo de este. Si piensa que puede calificar, complete la solicitud en su totalidad y presente toda la documentación necesaria que se describe abajo.

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

**Ingresos del hogar:** Incluye la remuneración total, el bienestar, el seguro por discapacidad y otros pagos recibidos de todos los miembros del hogar.

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

**Cantidad de integrantes de la familia:** Indique el nombre de cada familiar que viva en su hogar.

<i>Nombre del familiar</i>	<i>Relación</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cantidad total de integrantes de la familia: \_\_\_\_\_ *Si son más de seis, escriba en la parte de atrás.*

**Verificación:** Presente los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos del año anterior.
- Recibo 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 asistencia (Medicaid, cupones de alimentos, etc.).
  - Beneficios por desempleo o discapacidad.
  - Otro (p. ej., información de la beca de estudiante, etc.).
  - Carta de ingresos del Seguro Social que corresponde al año en curso.
- Carta del empleador en la que se verifican los ingresos con los datos de contacto de este.
- Carta del tribunal en la que se muestra la manutención del menor, la pensión alimenticia u otros pagos.

Prefiero **no** declarar la cantidad de integrantes ni los ingresos anuales de mi familia. *Comprendo que soy responsable de los cargos totales de todos los servicios dados en las clínicas de Community Health of Central Washington y que debo pagar los servicios el día en el que los recibo.*

Certifico que la información dada arriba es verdadera y correcta. Comprendo que todos los descuentos dependen de la verificación de la documentación requerida. Asimismo, comprendo que, si no presento la documentación necesaria en el momento del servicio, tengo 30 días laborables a partir de la fecha de esta solicitud para presentar la documentación de respaldo. De lo contrario, tendré que pagar la cantidad total de los servicios en el momento en el que los recibo. Una vez que se apruebe la solicitud, deberé pagar la tarifa asociada en el momento de cada visita al consultorio.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

**Descargo de responsabilidad:** Community Health of Central Washington ha establecido acuerdos con Yakima Valley Memorial Hospital, Kittitas Valley Community Hospital, Pathology LabCorp, Medical Center Lab, Valley Imaging Partners y Yakima Valley Radiology para darles un programa de tarifas reducidas a nuestros pacientes que estén en el nivel federal de pobreza o por debajo de este.

## Programa de tarifas reducidas

**Desde el 12 de enero de 2022 hasta el 13 de enero de 2023**

Las tarifas estándar de Community Health of Central Washington (CHCW) se descuentan en función de las directrices federales de pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) como se indica a continuación.

# de familiares/miembros del hogar	SFSD A		SFSD B		SFSD C		SFSD D		Pago a cargo del paciente
	0 %	100 %	101 %	133 %	134 %	166 %	167 %	200 %	Más del 200 %
1	\$ -	\$ 13,590	\$13,591	\$18,075	\$18,076	\$ 22,559	\$ 22,560	\$ 27,180	\$ 27,181
2	\$ -	\$ 18,310	\$18,311	\$24,352	\$24,353	\$ 30,395	\$ 30,396	\$ 36,620	\$ 36,621
3	\$ -	\$ 23,030	\$23,031	\$30,630	\$30,631	\$ 38,230	\$ 38,231	\$ 46,060	\$ 46,061
4	\$ -	\$ 27,750	\$27,751	\$36,908	\$36,909	\$ 46,065	\$ 46,066	\$ 55,500	\$ 55,501
5	\$ -	\$ 32,470	\$32,471	\$43,185	\$43,186	\$ 53,900	\$ 53,901	\$ 64,940	\$ 64,941
6	\$ -	\$ 37,190	\$37,191	\$49,463	\$49,464	\$ 61,735	\$ 61,736	\$ 74,380	\$ 74,381
7	\$ -	\$ 41,910	\$41,911	\$55,740	\$55,741	\$ 69,571	\$ 69,572	\$ 83,820	\$ 83,821
8	\$ -	\$ 46,630	\$46,631	\$62,018	\$62,019	\$ 77,406	\$ 77,407	\$ 93,260	\$ 93,261
9	\$ -	\$ 51,350	\$51,351	\$68,296	\$68,297	\$ 85,241	\$ 85,242	\$102,700	\$102,701
10	\$ -	\$ 56,070	\$56,071	\$74,573	\$74,574	\$ 93,076	\$ 93,077	\$112,140	\$112,141
11	\$ -	\$ 60,790	\$60,791	\$80,851	\$80,852	\$100,911	\$100,912	\$121,580	\$121,581
12	\$ -	\$ 65,510	\$65,511	\$87,128	\$87,129	\$108,747	\$108,748	\$131,020	\$131,021

**Para familias/hogares con más de 12 integrantes, agregue \$4720 por cada persona adicional.**

**Tabla que muestra la tarifa nominal y los descuentos en la escala de tarifas variables (SFSD) aprobados por el Consejo de Directores a partir del x/xx/2022**

Tipo de servicio	SFSD A	SFSD B	SFSD C	SFSD D	Pacientes que pagan por su cuenta
Descuentos en servicios médicos	Tarifa nominal de \$20	Copago de \$40	Copago de \$65	Copago de \$85	Sin descuento
Descuentos en servicios dentales	Tarifa nominal de \$45	Copago de \$85	Copago de \$105	Copago de \$125	Sin descuento
Descuentos en servicios de salud mental	Tarifa nominal de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5	Sin descuento
Descuento en farmacia	Tarifa de \$5 + el costo del medicamento recetado	Tarifa de \$7 + el costo del medicamento recetado	Tarifa de \$8 + el costo del medicamento recetado	Tarifa de \$9 + el costo del medicamento recetado	Sin descuento

Los pacientes en las categorías B, C y D de los SFSD pagarán el menor de los cargos o el copago.

**Servicios de farmacia:** los medicamentos recetados se dan a precio de costo más una tarifa de dispensación para todos los medicamentos a los pacientes que están por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza. Los pacientes que pagan por su cuenta abonarán la cantidad total de farmacia más una tarifa de dispensación. Se requiere el pago total en el momento de la dispensación.

**\*Servicios excluidos de los SFSD:** prótesis, dentaduras postizas, blanqueamientos, cirugía estética y servicios dados por otros proveedores que no forman parte de CHCW. Servicios descontados de forma separada por el proveedor (no un proveedor de CHCW): servicios de laboratorio, servicios ordenados por LabCorp, consultas psiquiátricas integrales de salud mental, servicios de obstetricia, remisiones a People for People, servicios de ultrasonidos ginecológicos en Valley Imaging y tarifas por lecturas profesionales de las radiografías hechas en CHCW.

**No se le negarán los servicios a ningún paciente por no poder pagar: consulte con un asesor financiero para pacientes si tiene preguntas sobre su cuenta. Los puede contactar gratis al 833-574-6100 de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes; excepto los días festivos.**