



### Solicitud de tarifas con descuento de 2024

Por medio de sus clínicas, Community Health of Central Washington ofrece descuentos en servicios médicos, dentales y de salud mental para familias que estén en el 200% o menos del nivel federal de pobreza. Si cree que puede calificar, complete toda la solicitud y entregue toda la documentación necesaria que se describe abajo.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Ingresos del grupo familiar:** Incluyen la remuneración total, las prestaciones sociales, pagos por discapacidad y otros pagos recibidos de todos los miembros del grupo familiar.

Ingreso total del grupo familiar: \$ \_\_\_\_\_

**Tamaño de la familia:** Escriba el nombre de cada familiar que vive en su grupo familiar.

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

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ *Si son más de seis, haga la lista en la parte de atrás.*

**Verificación:** Entregue los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos sobre ingresos del año anterior
- Recibo de salario de los **últimos 3 meses** de cada miembro del grupo familiar.
- Cualquier documentación previamente verificada por el gobierno estatal o federal o por una fuente pública confiable:
  - Solicitud estatal/federal de ayuda (Medicaid, cupones de comidas, etc.)
  - Beneficios por desempleo o discapacidad
  - Carta de ingresos del Seguro Social del año en curso
  - Personas sin hogar, una carta de un albergue, iglesia, médico o verificación de otra fuente pública
  - Otro (p. ej., información de la beca de estudiante, etc.)
- Carta del empleador confirmando los ingresos y que tenga los datos de contacto del empleador.
- Carta del tribunal en la que se muestre la manutención de menores, la pensión alimenticia u otros pagos

Prefiero **no** declarar el tamaño ni los ingresos anuales de la familia. *Entiendo que soy responsable del cargo completo por todos los servicios prestados en las clínicas de Community Health of Central Washington y que debo pagar los servicios el día en el que los reciba.*

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que todos los descuentos dependen de la verificación de la documentación que se pide. Además, entiendo 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 reciba. Una vez que se haya aprobado la solicitud, deberé pagar la tarifa correspondiente en el momento de cada visita en el consultorio.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del PFC que está procesando la solicitud

**Descargo de responsabilidad:** Community Health of Central Washington ha establecido acuerdos con MultiCare Yakima Memorial Hospital, Kittitas Valley Community Hospital, PathologyQuest Diagnostics Lab, Valley Imaging Partners y Yakima Valley Radiology para ofrecer un programa de tarifas con descuento a pacientes que estén en el nivel federal de pobreza o por debajo de ese nivel.

## Programa de tarifas con descuento

1 de febrero de 2024 – 31 de enero de 2025

A las tarifas estándar de CHCW se les aplica el descuento basándose en las Directrices federales de pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de la siguiente manera.

**Tabla donde se muestra la tarifa nominal y los descuentos de la escala variable de tarifas aprobados por la Junta Directiva en vigor a partir del 2/1/2024**

**Para familias/grupos familiares con más de 12 personas, sume \$5380 por cada persona adicional.**

Núm. de integrantes de la familia/ grupo familiar	SFSD A		SFSD B		SFSD C		SFSD D		Pago por cuenta propia
	0%	100%	101%	133%	134%	166%	167%	200%	
1	\$ -	\$15,060	\$15,061	\$20,030	\$20,031	\$25,000	\$25,001	\$30,120	\$30,121
2	\$ -	\$20,440	\$20,441	\$27,185	\$27,186	\$33,930	\$33,931	\$40,880	\$40,881
3	\$ -	\$25,820	\$25,821	\$34,341	\$34,342	\$42,861	\$42,862	\$51,640	\$51,641
4	\$ -	\$31,200	\$31,201	\$41,496	\$41,497	\$51,792	\$51,793	\$62,400	\$62,401
5	\$ -	\$36,580	\$36,581	\$48,651	\$48,652	\$60,723	\$60,724	\$73,160	\$73,161
6	\$ -	\$41,960	\$41,961	\$55,807	\$55,808	\$69,654	\$69,655	\$83,920	\$83,921
7	\$ -	\$47,340	\$47,341	\$62,962	\$62,963	\$78,584	\$78,585	\$94,680	\$94,681
8	\$ -	\$52,720	\$52,721	\$70,118	\$70,119	\$87,515	\$87,516	\$105,440	\$105,441
9	\$ -	\$58,100	\$58,101	\$77,273	\$77,274	\$96,446	\$96,447	\$116,200	\$116,201
10	\$ -	\$63,480	\$63,481	\$84,428	\$84,429	\$105,377	\$105,378	\$126,960	\$126,961
11	\$ -	\$68,860	\$68,861	\$91,584	\$91,585	\$114,308	\$114,309	\$137,720	\$137,721
12	\$ -	\$74,240	\$74,241	\$98,739	\$98,740	\$123,238	\$123,239	\$148,480	\$148,481

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

Los pacientes en las categorías B, C y D del SFSD pagarán el que sea menos entre los cargos o el copago.

**Servicios de farmacia:** Los medicamentos con receta se dan a costo más un cargo por dispensación en todos los medicamentos para los pacientes que están por debajo del 200% del Nivel federal de pobreza. Los pacientes que pagan por su cuenta deben pagar la cantidad total de farmacia más un cargo por dispensación. Se requiere el pago total en el momento de la dispensación. **\*Servicios excluidos del SFSD** – prótesis, dentaduras postizas, blanqueamientos, cirugía cosmética y servicios prestados por otros proveedores que no forman parte de CHCW. Servicios con descuento por separado del proveedor (que no sea un proveedor de CHCW); servicios de laboratorio prestados por Quest Diagnostics Laboratory, consultas psiquiátricas integrales de salud mental, servicios de obstetra hospitalista, remisiones a People for People, servicios de ultrasonido ginecológico de Valley Imaging y profesionales de Yakima Valley Radiology sobre las tarifas de radiografías hechas en CHCW.

**No se le negarán los servicios a ningún paciente por no poder pagar. Hable con un asesor financiero para pacientes si tiene preguntas sobre su cuenta. Puede comunicarse sin costo con los asesores financieros llamando al 833-574-6100 de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes, excepto los días festivos.**