

### Solicitud de tarifas con descuento de 2025

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: \_\_\_\_\_

<p><b>Ingresos del grupo familiar:</b> Incluye la remuneración total, las prestaciones sociales, el seguro por discapacidad y otros pagos recibidos de <u>todos</u> los miembros del grupo familiar.</p> <p style="text-align: center;">Ingresos totales del grupo familiar: \$ _____</p>		
<p><b>Cantidad de integrantes de la familia:</b> Indique el nombre de cada familiar que viva en su grupo familiar.</p>		
<i>Nombre del familiar</i>	<i>Relación</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
<p>Cantidad total de integrantes de la familia: _____ <i>Si son más de seis, escriba en la parte de atrás.</i></p>		
<p style="text-align: center;"><b>Verificación:</b> Presente los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuesto sobre la renta del año anterior.</li> <li>• Recibo de sueldo de los <b>últimos 3 meses</b> de cada miembro del grupo familiar.</li> <li>• Cualquier documentación previamente verificada por el gobierno estatal o federal:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solicitud estatal/federal de asistencia (Medicaid, cupones de comidas, etc.).</li> <li>○ Beneficios por desempleo o discapacidad.</li> <li>○ Otro (p. ej., información de la beca de estudiante, etc.).</li> <li>○ Carta de ingresos del Seguro Social que corresponde al año en curso.</li> </ul> </li> <li>• Carta del empleador en la que se verifican los ingresos con los datos de contacto de este.</li> <li>• Carta del tribunal en la que se muestra la manutención del menor, la pensión alimenticia u otros pagos.</li> </ul>		

Prefiero **no** declarar la cantidad de integrantes ni los ingresos anuales de mi familia. *Entiendo 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. Entiendo que todos los descuentos dependen de la verificación de la documentación requerida. Asimismo, 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 recibo. Una vez que se apruebe la solicitud, deberé pagar la tarifa asociada en el momento de cada visita en el consultorio.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

**Descargo de responsabilidad:** Community Health of Central Washington estableció acuerdos con MultiCare Yakima Memorial Hospital, Kittitas Valley Community Hospital, PathologyQuest Diagnostics lab, Valley Imaging Partners y Yakima Valley Radiology para dar un programa de tarifas con descuento para pacientes que están en el nivel federal de pobreza o por debajo de este.

## Programa de tarifas con descuento

1 de febrero de 2025 – 31 de enero de 2026

Las tarifas estándar de 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 abajo.

**Tabla donde se muestra la tarifa nominal y los descuentos de la escala variable de tarifas aprobados por la Junta Directiva, vigentes a partir del 02/01/2025.**

Cantidad de integrantes del grupo familiar/familia	SFSD A		SFSD B		SFSD C		SFSD D		Pago a cargo del paciente
	0 %	100 %	101 %	133 %	134 %	166 %	167 %	200 %	
Nivel federal de pobreza									Más del 200 %
1	\$ -	\$15,650	\$15,651	\$20,815	\$20,816	\$25,979	\$ 25,980	\$ 31,300	\$31,301
2	\$ -	\$21,150	\$21,151	\$28,130	\$28,131	\$35,109	\$35,110	\$42,300	\$42,301
3	\$ -	\$26,650	\$26,651	\$35,445	\$35,446	\$44,239	\$44,240	\$53,300	\$53,301
4	\$ -	\$32,150	\$32,151	\$42,760	\$42,761	\$53,369	\$53,370	\$64,300	\$64,301
5	\$ -	\$37,650	\$37,651	\$50,075	\$50,076	\$62,499	\$62,500	\$75,300	\$75,301
6	\$ -	\$43,150	\$43,151	\$57,390	\$57,391	\$71,629	\$71,630	\$86,300	\$86,301
7	\$ -	\$48,650	\$48,651	\$64,705	\$64,706	\$80,759	\$80,760	\$97,300	\$97,301
8	\$ -	\$54,150	\$54,151	\$72,020	\$72,021	\$ 89,889	\$ 89,890	\$108,300	\$108,301
9	\$ -	\$59,650	\$59,651	\$79,335	\$79,336	\$99,019	\$99,020	\$119,300	\$119,301
10	\$ -	\$65,150	\$65,151	\$86,650	\$86,651	\$108,149	\$108,150	\$130,300	\$130,301
11	\$ -	\$70,650	\$70,651	\$93,965	\$93,966	\$117,279	\$117,280	\$141,300	\$141,301
12	\$ -	\$76,150	\$76,151	\$101,280	\$101,281	\$126,409	\$126,410	\$152,300	\$152,301

**Para familias/grupos familiares con más de 12 integrantes, sume \$5500 por cada persona adicional**

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
Descuento 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 de los SFSD pagarán el menor de los cargos o el copago.

**Servicios de farmacia:** los medicamentos con receta 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 por separado por el proveedor (no un proveedor de CHCW); servicios de laboratorio dados por Quest Diagnostics Laboratory, consultas psiquiátricas integrales de salud mental, servicios de OB Laborist, remisiones a People for People, servicios de ultrasonido de Valley Imaging Gyn 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. Consulte con un consejero financiero para pacientes si tiene preguntas sobre su cuenta. Puede contactar gratis a los consejeros financieros al 833-574-6100 de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes; excepto los días festivos.**