A picture containing text, font, logo, graphic design

Description automatically generated

**205 North Berkley – Council Idaho 83612 - Phone: 208-253-4242 - FAX: 208-253-6849**

**REGRESA LOS FORMULARIOS A: PO BOX 428 COUNCIL, ID 83612**

**ATENCION PACIENTES DE ESCALA MÓVIL**

**TODOS LOS PACIENTES DE ESCALA** **MÓVIL DEBEN**

**PAGUE SU CARGO NOMINAL / PAGO MÍNIMO**

**EN EL MOMENTO EN QUE RECIBES EL SERVICIO.**

**LOS DESCUENTOS DE ESCALA MÓVILES (SFD) SE APLICAN SOLO A PEDIDOS O SERVICIOS, ESCRITOS Y PRESTADOS, POR PROVEEDORES INTERNOS DE ADAMS COUNTY HEALTH CENTER INC.**

Programa de Descuento de Escala Móvil para ACHC

**Adams County Health Center Inc.**proporciona servicios de salud esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente.

**Tarifas con descuento están disponibles.** La cantidad descontada depende del ingreso y el tamaño de la familia. **Obtenga su solicitud en la oficina principal o haga clic en el enlace de la página web para imprimir en casa.**

**Solicitud de Escala Móvil:** Los descuentos se aplican a todos los servicios ofrecidos en el Adams County Health Center (ACHC) instalación en Council, incluyendo atención primaria, laboratorio, radiografías, odontología, optometría, fisioterapia, tele-farmacia y salud conductual (CBRS). Sin embargo, los descuentos de Escala Móvil no se aplican a ningún servicio realizado fuera del ACHC instalación.

**Requisitos de Escala Móvil:**Al solicitar el programa de tarifa móvil, debe proveer ingresos brutos mensual, identificación de todos los miembros de la casa y comprobante de domicilio. El comprobante aprobado de identidad, ingresos y dirección incluye uno o más de los siguientes elementos:

* Identificación de adultos; puede incluir licencia de conducir, tarjeta de identificación o tarjeta de seguro social
* Identificación menor: puede incluir certificado de nacimiento, tarjeta de identificación o tarjeta de seguro social
* Talón de cheque con información del año a la fecha
* Declaraciones de impuestos más recientes
* Estados de cuenta bancarios
* Determinaciones del estado de ingresos del gobierno federal, estatal o local (como una carta de SSI)
* ACHC’s *Hoja de trabajo sin comprobante de ingresos*
* ACHC’s *Solicitud de elegibilidad para personas sin hogar además con el Hoja de trabajo sin comprobante de ingresos*
* Una factura con su dirección actual en la lista.

**Si Siente que Puede Calificar:**Complete una Solicitud de programa de Escala Móvil y devuélvala a la oficina de ACHC. Si desea aplicar la Escala Móvil a su visita actual, deberá devolver la solicitud completa y enviar sus datos de verificación dentro de los **diez (10)** días hábiles de la visita.

**Aprobación para el Programa de Escala Móvil:**Se le notificará por escrito o por teléfono cuando su solicitud haya sido procesada con respecto a su elegibilidad.

**Términos del Programa de Escala Móvil:**Después de la aprobación, su solicitud será válida por un período de **un (1) año** a menos que haya un cambio sustancial en la composición o los ingresos del hogar. Es su responsabilidad volver a presentar una solicitud cuando haya expirado el período de elegibilidad actual.

**Umbrales de ingresos para descuentos en el programa de Escala Móvil 2024**

**INGRESO MENSUAL** – Umbrales por Escala Móvil Clase de pago con descuento y porcentaje de pobreza

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **INGRESOS MENSUALES** | | | | | | | | | | | | | |
| Categoría | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |  |
| Cargo | | Cargo nominal | | **PAGO MÍNIMO** +20% de Cargo | | **PAGO MÍNIMO** +40% de Cargo | | **PAGO MÍNIMO** +60% de Cargo | | **PAGO MÍNIMO** +80% de Cargo | | 100% |
| FPG | | En o por debajo100% | | 101-125% | | 126-150% | | 151-175% | | 176-200% | | Sobre 200% |
| Escala de farmacia | | Costo + $16.50 | | Costo+ $17.50 | | Costo + $18.50 | | Costo+ $$19.50 | | Costo+ $20.50 | |  |
| tamaño del hogar | 1 | $0 | $1,255 | $1,256 | $1,568.75 | $$1,569.75 | $1,882.50 | $1,883.50 | $2,196.25 | $2,197.25 | $2,510.00 | >$2,511.00 |
| 2 | $0 | $1,703.33 | $1,704.33 | $2,129.17 | $2,130.17 | $2,555.00 | $2,556.00 | $2,980.83 | $2,981.33 | $3,406.67 | >$3,407.67 |
| 3 | $0 | $2,151.67 | $2,152.67 | $2,689.58 | $2,690.58 | $3,227.50 | $3,228.50 | $3,765.42 | $3,766.42 | $4,303.33 | >$4,304.33 |
| 4 | $0 | $2,600.00 | $2,601.00 | $3,250.00 | $3,251.00 | $3,900.00 | $3,901.00 | $4,550.00 | $4,551.00 | $5,200.00 | >$5,201.00 |
| 5 | $0 | $3,048.33 | $3,049.33 | $3,810.42 | $3,811.42 | $4,572.50 | $4,573.50 | $5,334.58 | $5,335.58 | $6,096.67 | >$6,097.67 |
| 6 | $0 | $3,496.67 | $3,497.67 | $4,370.83 | $4,371.83 | $5,245.00 | $5,246.00 | $6,119.17 | $6,120.17 | $6,993.33 | >$6,994.33 |
| 7 | $0 | $3,945.00 | $3,946.00 | $4,931.25 | $4,932.25 | $5,917.50 | $5,918.50 | $6,903.75 | $6,904.75 | $7,890.00 | >$7,891.00 |
| 8 | $0 | $4,393.33 | $4,394.33 | $5,491.67 | $5,492.67 | $6,590.00 | $6,591.00 | $7,688.33 | $7,689.33 | $8,786.67 | >$8,787.67 |
| *Nota: para familias/hogares con más de 8 personas, agregue $448.33 por cada persona adicional* | | | | | | | | | | | | |

**INGRESOS ANUALES** - Umbrales por Escala Móvil Clase de pago con descuento y porcentaje de pobreza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría de cargo nominal** | **Cargo nominal(>100% FPG)** | **Pago Mínimo(101-200% FPG** |
| Médica | $25 | $25 plus % de Cargo |
| Dental | $60 | $60 plus % de Cargo |
| Salud conductual | $25 | $25 plus % de Cargo |
| Optometría | $60 | $60 plus % de Cargo |
| Laboratorio | $25 | $25 plus % de Cargo |
| Radiografía | $25 | $25 plus % de Cargo |
| Fisioterapia | $25 | $25 más % de la carga |
| Farmacia | Categoría 1 | Categoría 2 – Categoría 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INGRESOS ANUALES** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categoría | | 1 | | | | 2 | | 3 | | | 4 | | | 5 |  |
| Cargo | | Cargo nominal | | | | **PAGO MÍNIMO** + 20% de Cargo | | **PAGO MÍNIMO** +40% de Cargo | | | **PAGO MÍNIMO** +60% de Cargo | | | **PAGO MÍNIMO** +80% de Cargo | 100% |
| FPG | | En o por debajo100% | | | | 101-125% | | 126-150% | | | 151-175% | | | 176-200% | Sobre 200% |
| Escala de farmacia | | Costo + $16.50 | | | | Costo + $17.50 | | Costo+ $18.50 | | | Costo + $19.50 | | | Costo + $20.50 |  |
| tamaño del hogar | 1 | | $0 | $15,060 | $15,061 | $18,825 | $18,826 | $22,590 | $22,591 | $26,355 | | $26356 | $30,120 | | >$30,121 |
| 2 | | $0 | $20,440 | $20,441 | $25,550 | $25,551 | $30,660 | $30,661 | $35,770 | | $35,771 | $40,880 | | >$40,881 |
| 3 | | $0 | $25,820 | $25,821 | $32,275 | $32,276 | $38,730 | $38,731 | $45,185 | | $45,186 | $51,640 | | >$51,641 |
| 4 | | $0 | $31,200 | $31,201 | $39,000 | $39,001 | $46,800 | $46,801 | $54,600 | | $54,601 | $62,400 | | >$62,401 |
| 5 | | $0 | $36,580 | $36,581 | $45,725 | $45,726 | $54,870 | $54,871 | $64,015 | | $64,016 | $73,160 | | >$73,161 |
| 6 | | $0 | $41,960 | $41,961 | $52,450 | $52,451 | $62,940 | $62,941 | $73,430 | | $73,431 | $83,920 | | >$83,921 |
| 7 | | $0 | $47,340 | $47,341 | $59,175 | $59,176 | $71,010 | $71,011 | $82,845 | | $82,846 | $94,680 | | >$94,681 |
| 8 | | $0 | $52,720 | $52,721 | $65,900 | $65,901 | $79,080 | $79,081 | $92,260 | | $92,261 | $105,440 | | >$105,441 |
| *Nota: para familias/hogares con más de 8 personas, agregue $5,380 por cada persona adicional* | | | | | | | | | | | | | | | |

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**ADAMS COUNTY HEALTH CENTER INC.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Solicitar** |  |
| **Nombre de Paciente** |  |
| **Dirección de Correo** |  |
| **Dirección Físico** |  |
| **Número de Teléfono** |  |
| **Número de Personas en la Casa** |  |

Adams County Health Center Inc., (ACHC) define a un miembro del hogar familiar como cualquier persona, incluido uno mismo, cónyuge o pareja; cualquier hijo dependiente menor de 18 años; y cualquier persona dentro de la residencia a la que el jefe de familia proporciona apoyo. Por favor, apunta usted y todos los miembros de su familia que desea incluir en el tamaño de su hogar.

ACHC utiliza su ingreso bruto mensual o su ingreso bruto anual para determinar la elegibilidad para servicios con descuento. Se requiere la siguiente documentación para la elegibilidad. La prueba de identidad y fuentes de ingresos aprobadas incluye uno o más de los siguientes elementos:

1. Identificación de adultos; Puede incluir licencia de conducir, tarjeta de identificación o tarjeta de seguro social
2. Identificación de menores: puede incluir certificado de nacimiento, tarjeta de identificación o tarjeta de seguro social
3. Talones de cheque de pago con información del año hasta la fecha
4. Declaraciones de impuestos más recientes
5. Estados de cuenta
6. Declaración de determinaciones de ingresos del gobierno federal, estado, o local (como la carta de SSI)
7. *Hoja de trabajo sin prueba de ingresos de* ACHC
8. Hoja de trabajo de *solicitud de elegibilidad para personas sin hogar* de ACHC sin *prueba de ingresos*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de Persona en la Casa** | **Fecha de Nacimiento** | **Relación de Aplicante** | **Ingreso Bruto Mensual** |
|  |  | Usted | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
| **Ingreso total de la familia/hogar** | | | **$** |

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA, CONT.**

Certifico que la información proporcionada en este formulario y la documentación de ingresos proporcionada es completa, verdadera y correcta. Si no califico para recibir asistencia financiera, acepto pagar el saldo pendiente en su totalidad o establecer arreglos de pago. Estoy de acuerdo y entiendo que cualquier saldo restante no pagado a través de asistencia financiera será mi responsabilidad. Si no se pagan los saldos de las cuentas, acepto pagar los cargos de cobro resultantes, los honorarios legales y entiendo que el acceso a los servicios de Adams County Health Center Inc. puede estar restringido. Entiendo que la asistencia financiera expirará un (1) año o doce (12) meses en o antes de la fecha indicada a continuación y se me pedirá que vuelva a solicitarla. Si hay un cambio en los ingresos, presentaré una nueva Solicitud de Asistencia Financiera. Recibirá una carta por correo indicando la elegibilidad.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***---------------------------------------Para ser completado solo por el personal de ACHC--------------------------------------***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **El Paciente ha Calificado Para el Siguiente Descuento** | | | | | | |
| 🞏 No Califica | 🞏 Categoría 1 | 🞏 Categoría 2 | 🞏 Categoría 3 | 🞏 Categoría 4 | 🞏 Categoría  5 | 🞏 No hay prueba de ingresos |

Asistencia Financiera Aprobada Hasta (Fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias por elegir Adams County Health Center Inc., como su proveedor de atención médica. Según la categoría indicada en la cara de este documento, consulte a continuación los detalles del descuento. Si tiene alguna pregunta con respecto a su descuento, comuníquese con el Coordinador de Escala Móviles de Adams County Health Center Inc. al 208-2534242 ext. 1032.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **¿Qué debo?** | | | | | | | | |
|  | **FPG** | **Servicios** | | | | | | | |
| *Farmacia* | *Médico* | *Laboratorio interno* | *Interno*  *Radiografía* | *Salud conductual* | *Fisioterapia* | *Dental* | *Optometría* |
| 1 | 0-100% | Costar + $16.50 | $25 | | | | | $60 | |
| 2 | 101-125% | Costar + $17.50 | $25 + 20% de Cargo | | | | | $60 + 20% de Cargo | |
| 3 | 126-150% | Costar + $18.50 | $25 + 40% de Cargo | | | | | $60 + 40% de Cargo | |
| 4 | 151-175% | Costar + $19.50 | $25 + 60% de Cargo | | | | | $60 + 60% de Cargo | |
| 5 | 176-200% | Costar + $20.50 | $25 + 80% de Cargo | | | | | $60 + 80% de Cargo | |

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PERSONAS SIN HOGAR**

**ADAMS COUNTY HEALTH CENTER INC.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado del paciente**  *Marca de verificación uno* | | | | **Fecha:** |  | | **MR#:** | |  | | |
|  | Nuevo paciente | | |
|  | Paciente establecido | | |
| **Nombre:** | | |  | | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento:** | | |  | | | **Número de Seguro Social:** | | |  | | |
| **Teléfono:** | | |  | | | **Estado civil:**  *Marca de verificación uno* | |  | Soltero |  | Divorciado |
|  | Casado |  | Viudo |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Mis condiciones de vida actuales carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada y tengo principalmente una residencia nocturna que es:** *(Marca de verificación uno)* | | | | | | | | | | | |
|  | Un refugio supervisado operado pública o privadamente designado para proporcionar alojamiento temporal (incluyendo hoteles de asistencia social, refugios congregados y viviendas de transición) | | | | | | | | | | |
| *Especificar lugar:* | |  | | | | | | | | | |
|  | Una residencia / que proporciona una vivienda temporal para individuos y sus familias. | | | | | | | | | | |
| *Especificar lugar:* | |  | | | | | | | | | |
|  | Otro lugar público o privado no designado para, o utilizado ordinariamente como, un alojamiento regular para dormir para individuos. | | | | | | | | | | |
| *Especificar lugar:* | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Certifico que estoy sin hogar y no tengo los recursos para obtener vivienda por las siguientes razones:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PERSONAS SIN HOGAR, CONT.**

Certifico que la información proporcionada en este formulario es completa, verdadera y correcta. Si se descubre que no es cierto, entiendo que el acceso a Adams County Health Center Inc. puede estar restringido. Entiendo que la asistencia financiera expirará en la fecha indicada en la Solicitud de Asistencia Financiera y se me pedirá que vuelva a presentar una solicitud. Si hay un cambio en los ingresos, presentaré una nueva Solicitud de Asistencia Financiera.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HOJA DE TRABAJO SIN PRUEBA DE INGRESOS**

**ADAMS COUNTY HEALTH CENTER INC.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado del paciente**  *Marca de verificación uno* | | | | **Fecha:** |  | | **MR#:** | |  | | | | | |
|  | Nuevo paciente | | |
|  | Paciente establecido | | |
| **Nombre:** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento:** | |  | | | | **Número de Seguro Social:** | | | |  | | | | |
| **Teléfono:** | |  | | | | **Estado civil:**  *Marca de verificación uno* | |  | | Soltero | | |  | Divorciado |
|  | | Casado | | |  | Viudo |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Ha solicitado Medicare, Medicaid, Red de Atención Primaria (PCN) o Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP))?** *(Marca de verificación uno)* | | | | | | | | | | |  | **Sí**  **No** | | |
|  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Quién le proporciona apoyo financiero?** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Relación:** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Dirección:** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Número de teléfono:** | | |  | | | | | | | | | | | |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lo siguiente debe ser completado por la persona que proporciona apoyo financiero O autodeclaración.**

Las tarifas de los pacientes se basan en el tipo de servicio prestado y los ingresos del paciente y el tamaño del hogar. Si nuestro paciente ha enumerado, usted como la persona que lo apoya financieramente. Por favor, responda a las siguientes preguntas. Si se trata de una autodeclaración, complete la siguiente declaración.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuánto tiempo ha estado viviendo el paciente con usted?** | *Años* |  | *Meses* |  |
| **¿Cuánto apoyo financiero proporcionó el mes pasado? (Es decir, alquiler, servicios públicos, alimentos, etc.)** | | | | **$** |
| **Proporcione una breve descripción de la situación:** | | | | |

Firma del paciente o del colaborador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_