



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.

Umbral de ingresos para descuentos en el programa de Escala Móvil 2026

INGRESO MENSUAL – Umbral 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		00% Descuento	
FPG	En o por debajo 100%		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	\$1,330	\$1,331	\$1,663	\$1,664	\$1,995	\$1,996	\$2,328	\$2,329	\$2,660	>\$2,661
	2	\$0	\$1,803	\$1,804	\$2,254	\$2,255	\$2,705	\$2,706	\$3,156	\$3,157	\$3,607	>\$3,608
	3	\$0	\$2,277	\$2,278	\$2,846	\$2,847	\$3,415	\$3,416	\$3,984	\$3,985	\$4,553	>\$4,554
	4	\$0	\$2,750	\$2,751	\$3,438	\$3,439	\$4,125	\$4,126	\$4,813	\$4,814	\$5,500	>\$5,501
	5	\$0	\$3,223	\$3,224	\$4,029	\$4,030	\$4,835	\$4,836	\$5,641	\$5,642	\$6,447	>\$6,448
	6	\$0	\$3,697	\$3,698	\$4,621	\$4,622	\$5,545	\$5,546	\$6,469	\$6,470	\$7,393	>\$7,394
	7	\$0	\$4,170	\$4,171	\$5,213	\$5,214	\$6,255	\$6,256	\$7,298	\$7,299	\$8,340	>\$8,341
	8	\$0	\$4,643	\$4,644	\$5,804	\$5,805	\$6,965	\$6,966	\$8,126	\$8,127	\$9,287	>\$9,288

Nota: para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$473.33 por cada persona adicional

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

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		00% Descuento	
FPG	En o por debajo 100%		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	\$15,960	\$15,961	\$19,950	\$19,951	\$23,940	\$23,941	\$27,930	\$27,931	\$31,920	>\$31,921
	2	\$0	\$21,640	\$21,641	\$27,050	\$27,051	\$32,460	\$32,461	\$37,870	\$37,871	\$43,280	>\$43,281
	3	\$0	\$27,320	\$27,321	\$34,150	\$34,151	\$40,980	\$40,981	\$47,810	\$47,811	\$54,640	>\$54,641
	4	\$0	\$33,000	\$33,001	\$41,250	\$41,251	\$49,500	\$49,501	\$57,750	\$57,751	\$66,000	>\$66,001
	5	\$0	\$38,680	\$38,681	\$48,350	\$48,351	\$58,020	\$58,021	\$67,690	\$67,691	\$77,360	>\$77,361
	6	\$0	\$44,360	\$44,361	\$55,450	\$55,451	\$66,540	\$66,541	\$77,630	\$77,631	\$88,720	>\$88,721
	7	\$0	\$50,040	\$50,041	\$62,550	\$62,551	\$75,060	\$75,061	\$87,570	\$87,571	\$100,080	>\$100,081
	8	\$0	\$55,720	\$55,721	\$69,650	\$69,651	\$83,580	\$83,581	\$97,510	\$97,511	\$111,440	>\$111,441

Nota: para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,680 por cada persona adicional

2026 FPG published 1/13/2026 by the Federal Register for Health and Human Services

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Umbral de ingresos para descuentos en el programa de Escala Móvil 2026, cont.

Categoría de cargo nominal	Cargo nominal(>100% FPG)	Pago Mínimo(101-200% FPG)
Médica	\$25	\$25 plus % de Cargo
Procedimiento médico	\$25	\$25 plus % de Cargo
Dental – Servicio Preventivo	\$60	\$60 plus % de Cargo
Procedimiento dental	\$60	\$60 plus % de Cargo
Emergencia dental	\$60	\$60 plus % de Cargo
Salud conductual	\$25	\$25 plus % de Cargo
Optometría	\$60	\$60 plus % de Cargo
Procedimiento médico	\$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

¿Qué debo?									
	FPG	Servicios							
		<i>Farmacia</i>	<i>Médico</i>	<i>Laboratorio interno</i>	<i>Interno Radiografía</i>	<i>Salud conductual</i>	<i>Fisioterapia</i>	<i>Dental</i>	<i>Optometría</i>
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

Las vacunas para adultos y el equipo médico duradero (es decir: férulas, cabestrillos, férulas) no están cubiertos por el programa de descuento por tasas deslizantes.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

ADAMS COUNTY HEALTH CENTER INC.

Fecha de Solicitar	
Nombre de Paciente	
Dirección Postal	
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
1. Talones de cheque de pago con información del año hasta la fecha
2. Declaraciones de impuestos más recientes
- ~~3.~~ Estados de cuenta
4. Declaración de determinaciones de ingresos del gobierno federal, estado, o local (como la carta de SSI)
5. *Hoja de trabajo sin prueba de ingresos de ACHC*
6. *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 Apicante	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. Recibiré una carta por correo indicando la elegibilidad.

Firma: _____

Fecha: _____

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

El Paciente ha Calificado Para el Siguiete Descuento						
<input type="checkbox"/> No Califica	<input type="checkbox"/> Categoría 1	<input type="checkbox"/> Categoría 2	<input type="checkbox"/> Categoría 3	<input type="checkbox"/> Categoría 4	<input type="checkbox"/> Categoría 5	<input type="checkbox"/> No hay prueba de ingresos

Asistencia Financiera Aprobada Hasta (Fecha): _____

Gracias por elegir Adams County Health Center Inc., como su proveedor de atención médica. 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. 1017.

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PERSONAS SIN HOGAR

ADAMS COUNTY HEALTH CENTER INC.

Estado del paciente <i>Marca de verificación uno</i>		Fecha:	MR#:		
Nuevo paciente					
Paciente establecido					
Nombre:					
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:			
Teléfono:		Estado civil: <i>Marca de verificación uno</i>	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: (<i>Marca de verificación uno</i>)					
	Un <u>refugio</u> supervisado operado pública o privadamente designado para proporcionar alojamiento temporal (incluyendo hoteles de asistencia social, refugios congregados y viviendas de transición)				
<i>Especificar lugar:</i>					
	Una residencia / que proporciona una vivienda temporal para individuos y sus familias.				
<i>Especificar lugar:</i>					
	Otro lugar público o privado no designado para, o utilizado ordinariamente como, un alojamiento regular para dormir para individuos.				
<i>Especificar lugar:</i>					
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 <i>Marca de verificación uno</i>				
	Nuevo paciente	Fecha:	MR#:	
	Paciente establecido			
Nombre:				
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:		
Teléfono:		Estado civil: <i>Marca de verificación uno</i>	Soltero	Divorciado
			Casado	Viudo
¿Ha solicitado Medicare, Medicaid, Red de Atención Primaria (PCN) o Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)? <i>(Marca de verificación uno)</i>			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?	<i>Años</i>		<i>Meses</i>	
¿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: _____