

SOLICITUD DE DESCUENTO BASADA EN ESCALA DE PAGO

Fecha		Nombre			
Fecha de Nacimiento		Dirección			
Ciudad		Estado		Código Postal	
Números de teléfono	Casa		Trabajo		Celular

¿Le gustaría determinar si usted o un miembro de la familia califica para un seguro médico? Si No

La solicitud de cobertura médica NO es un requisito previo para la elegibilidad de Descuento Basado en Escala de Pago. Anote todos los miembros de la familia inmediata y las personas que viven en su hogar (cónyuge o pareja y los niños menores de 21 años de edad) y que dependen de los ingresos familiares. Por favor no incluya invitados, padres de edad avanzada o compañeros de habitación.

Nombre de miembros de la familia	Sexo	Fecha de Nacimiento	marque 'X' si no médico tiene seguro	¿Tiene seguro médico? Tipo: Medi-Cal (MC) , CMSP, PHP, Path 2 Health, Covered California u 'Otro' (por favor especifique)
1. Usted Mismo				
2. (Esposo (a))				
3. (Hijo(a))				
4. (Hijo(a))				
5. (Hijo(a))				

¿Cuál es su ingreso familiar bruto ANTES de deducciones (por favor incluya todos los adultos que trabajan, mayores de 21 años)?

Nombre del miembro de la familia que recibe ingresos monetarios	Cantidad de ingresos mensuales por persona	Fuente de ingresos (trabajo, seguro social, pensión, compensación de trabajadores (workers comp), manutención, pensión alimenticia otra)	Prueba de ingresos, Fecha Solicitada, Verificada	Notas del Personal de PHC
1. (Usted mismo)	\$			
2.	\$			
3.	\$			

Certifico que la información de ingresos y de los miembros de mi familia es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído la Información de descuento de la escala de pago y cumplire con todos los requerimientos de descuento de la escala de pago.

Firma del Solicitante		Fecha	
-----------------------	--	-------	--

Favor de traer su comprobante de ingresos en los próximos 7 días.

USO DEL PERSONAL

Personal de PHC: _____ Fecha: ____ ____ Fecha de Vencimiento de escala de pago _____

Por su ingreso mensual estimado de \$ _____ y tamaño de familia de _____ califica para la escala de pago _____ (7 días) Basado en sus ingresos mensuales de \$ _____ y tamaño de familia de _____ califica para la escala de pago _____ (12 meses)

Por cada consulta, tendrá que pagar: 1) _____ a parte los cargos del laboratorio, medicamentos, y materiales médicos a nuestro costo

INFORMACIÓN DE DESCUENTO DE LA ESCALA DE PAGO

El Centro de Salud de Petaluma (PHC) ofrece un programa de descuentos en escala de pago para los pacientes de bajos ingresos y/o sin seguro médico. **Consulte la cuadrícula del Programa de Escala de Pago.**

¿Cuáles son los Descuento de la Escala de Pago?

Tarifa Mínima: El paciente paga \$30.00 por consulta

Nivel B: El Paciente paga \$40.00 por consulta

Nivel C: El paciente paga \$60.00 por consulta

Nivel D: El Paciente paga \$80.00 por consulta

Nivel E: El paciente paga \$100.00 por consulta

(Existe un descuento de \$ 5.00 adicionales si la consulta se paga en el momento de la cita)

- Del nivel B para arriba no pagarán menos de la tarifa mínima.
- Los Pacientes que estén más del 200% del Nivel Federal de Pobreza no son elegibles para los Descuentos de la Escala de Pago.

Consultas del Bienestar y Citas Médicas Compartidas en Grupo

Mínimo: \$10.00 **Nivel C:** \$13.00

Nivel B: \$11.00 **Nivel D:** \$15.00

Solicitamos el pago del descuento de la escala de pago en el momento de la consulta.

Lo que no cubre el Programa de Descuento de la Escala de Pago.

- Los medicamentos dispensados o inyectados (se cobran al costo de PHC)
- Vacunas (se cobran al costo de PHC)
- IUD (dispositivo), Depo Provera (se cobran al costo de PHC)*
- Servicios Fuera del Alcance (Servicios que no son requeridos o que son adicionales en el ámbito federal de los servicios de PHC)

**Los servicios pueden ser cubiertos por la inscripción y la calificación en el Programa de "Family Pact" u otros programas.*

INFORMACIÓN DE DESCUENTO DE LA ESCALA DE PAGO

Condiciones para el Programa de Descuento de la Escala de Pago

1. Para calificar para El Programa de Descuento de la Escala de Pago, debe de traer prueba de ingresos de su familia dentro de los próximos 7 días.
 - a) Prueba de ingresos: 2 a 4 talones de cheque, declaración de impuestos, carta del empleador, documentos que verifiquen cantidad de ingresos de otras fuentes, por ej. desempleo, SSI, pensión alimenticia, manutención, etc.
 - b) Si usted no tiene prueba de ingresos cuando venga a su cita, es posible estimar el ingreso anual bruto actual de su familia, pero tiene que traer la documentación al centro de salud dentro de los próximos 7 días.
2. Si su prueba de ingresos es elegible, usted recibirá un descuento durante 12 meses. Su escala de pago expira después de 12 meses y tendrá que volver a aplicar.
3. Puede ser elegible para: Medi-Cal, CMSP, PHP, Covered California u otros programas de cobertura médica de bajo costo. Aunque no es un requisito para inscribirse en nuestro Programa de Descuentos de Escala de Pago, podemos ayudarle a hacer una cita con un Consejero Certificado de Inscripciones, para que conozca sus opciones de cobertura médica.
4. Si usted no trae su comprobante de ingresos dentro de la fecha que aparece a continuación, se le puede cobrar el costo COMPLETO en su próxima consulta.

Necesito traer mi Prueba de Ingresos para el _____ para recibir mi status de Descuento de Escala de Pago.

También puede ser elegible para...

¡Programas de Cobertura de Salud y SNAP & Beneficios de Alimentos de CalFresh!

(707) 559-7500

Otros números de teléfono de Asistencia de Seguros y de Alimentos:

Petaluma Peoples Services Center 765-8488

Sonoma County Division of Economic Assistance 1-877-699-6868

Programas De Seguros Médicos De Bajos Ingresos De Phc

- Covered California
- Medi-Cal Niños y Adultos
- AIM (programa para mujeres embarazadas)
- Programa de Asistencia de Alimentos (CalFresh)
- PHP
- CMSP: Servicios Médicos del Condado

Programas Sin Seguro Médico De Bajos Ingresos De PHC

- Every Woman Counts: Detección del cáncer de cérvix y mamografía para las mujeres
- CHDP: Exámenes físicos y vacunas para niños de 0-18
- CPSP: Atención Perinatal Completa
- FAMPACT: Métodos anticonceptivos, planificación familiar, detección de ETS, pruebas de embarazo, prueba de Papanicolau
- CLÍNICA DE VACUNAS: Vacunas gratuitas para niños y vacunas limitadas para adultos sin seguro (martes, 9:00 a.m.-12:00p.m.)
- Escala de Pago (para los pacientes de bajos ingresos sin seguro médico)
- Programa de Asistencia de Medicamentos

CLASES Y CONSEJERÍA DE PHC

- Educación de Salud
- Clases de Parto/Lactancia
- Clases para dejar de fumar
- Medicina integral incluyendo clases para el dolor crónico y acupuntura
- Clases del Bienestar (para los pacientes con enfermedades crónicas)
- P.L.A.Y. - Petaluma Loves Active Youth (Petaluma Ama la Juventud Activa)
- Diabetes y Prediabetes
- Nutrición

Petaluma
HealthCenter

phealthcenter.org

707.559.7500