

Instalaciones médicas de Fairfax, Inc.

Solicitud del programa de descuento de tarifa variable

Es política de Fairfax Medical Facilities, Inc. proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento de tarifa variable se aplicará a los servicios dentro del alcance del proyecto de Fairfax Medical Facilities, Inc., pero no a los servicios, equipos y / o suministros que se compren en el exterior (se pueden aplicar otros descuentos como se indica en los Descuentos de tarifa variable en Política de pruebas). Esta solicitud debe completarse cada 12 meses o si cambia su situación financiera.

Nombre del jefe de familia		Lugar de trabajo		
Calle	Apartado de correos	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa		Teléfono móvil		Dirección de correo electrónico

Sección a

Si solicita una escala móvil de tarifas, marque con un círculo el rango de ingresos que mejor describa los ingresos anuales de su hogar y el número actual de personas en el hogar.

Elijo no divulgar mi información financiera. Al optar por no divulgar mis ingresos, acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos incurridos.

Firma del paciente _____

Corredizo Clasificación de tarifas	A	B	C	D	E	F
Nivel federal de pobreza *	<= 100%	125%	150%	175%	200%	> 200%
Responsabilidad de pago del paciente	Tarifa nominal	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar
Familia Talla	Ingresos anuales	Ingresos anuales	Ingresos anuales	Ingresos anuales	Ingresos anuales	Ingresos anuales
1	0 - 15,960	15,960 - 19,950	19,950 - 23,940	23,940 - 27,930	27,930 - 31,920	31,920+
2	0 - 21,640	21,640 - 27,050	27,050 - 32,460	32,460 - 37,870	37,870 - 43,280	43,280+
3	0 - 27,320	27,320 - 34,150	34,150 - 40,980	40,980 - 47,810	47,810 - 54,640	54,640+
4	0 - 33,000	33,000 - 41,250	41,250 - 49,500	49,500 - 57,750	57,750 - 66,000	66,000+
5	0 - 38,680	38,680 - 48,350	48,350 - 58,020	58,020 - 67,690	67,690 - 77,360	77,360+
6	0 - 44,360	44,360 - 55,450	55,450 - 66,540	66,540 - 77,630	77,630 - 88,720	88,720+
7	0 - 50,040	50,040 - 62,550	62,550 - 75,060	75,060 - 88,200	88,200 - 100,080	100,080+
8	0 - 55,720	55,720 - 69,650	69,650 - 83,580	83,580 - 97,510	97,510 - 111,440	111,440+
PARA CADA PERSONA	5,680					

* BASADO EN LAS DIRECTRICES DE POBREZA DEL HHS 2026 (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)

Corredizo Clasificación de tarifas	A	B	C	D	E	F
Nivel federal de pobreza *	< = 100%	125%	150%	175%	200%	>200%
Visita Medica	\$30	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar
Visita Mental Behavioral Health	\$25	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar
Visita Dental	\$40	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar
Dental – especialidad (canal de raiz, crowns, puentes dentaduras) + asociados honorarios de laboratorio	\$140	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar
Laboratorio	\$20	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar
Radiologia	\$35	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar
Inyectables	\$15	20% de carga estándar	40% de carga estándar	60% de carga estándar	80% de carga estándar	100% de carga estándar

Para solicitar el Programa de tarifa variable, debe proporcionar la documentación correspondiente.

Los solicitantes deben proporcionar los formularios habituales como prueba de ingresos. Las formas aceptables de prueba para determinar los ingresos incluyen, pero no se limitan a, las siguientes:

- **Declaración de impuestos sobre la renta** - Una copia firmada de la declaración de impuestos más reciente que muestre el ingreso bruto ajustado (AGI).
- **Talones de pago** - Dos talones de pago consecutivos que indiquen el salario bruto, con los ingresos del año hasta la fecha.
- **Trabajadores por cuenta propia** - Si trabaja por cuenta propia, formularios de impuestos del año en curso y un estado de pérdidas y ganancias.
- **Carta de agencia** - Una carta de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos o la Agencia de Servicios Sociales (es decir, AFDC, Cupones para Alimentos, WIC) que indique el nivel de ingresos.
- **Verificación de desempleo** - Trámites de la Comisión de Valores Laborales (ESC), que acredite la situación de desempleo y el importe de la indemnización por desempleo que se recibe.
- **Documentos de la corte** - Documentos oficiales que citan la manutención de los hijos o la pensión alimenticia otorgada por un juez acompañados de una declaración de cumplimiento de la manutención de los hijos que indique

la cantidad recibida * En la situación de separación del cónyuge, se solicitará al paciente un documento legal, como una separación legal o una presentación de divorcio ; pero no es obligatorio si se autodeclara.

- **Papeleo oficial** - Documentación que documente los beneficios de jubilación, discapacidad y / o SSI.
- **Carta del empleador**- Para aquellos que no reciben un cheque de pago real, se puede aceptar una carta del empleador del paciente que detalle el ingreso bruto actual y la frecuencia de los períodos de pago. Se debe proporcionar la información de contacto en papel con membrete de la empresa para que se pueda verificar la información.
- **Sin trabajo / otra fuente de ingresos** - Una carta con fecha actual de una agencia o empleador anterior, que conoce la situación y NO vive con el solicitante, que incluye el nombre, la dirección y el número de teléfono del autor.
- **Estado de renta fija** (ejemplo: pensión, seguridad social o extracto bancario que muestre depósitos).
- **Carta firmada** - De un ministro, policía, Ayuntamiento o abogado, verificando el estado financiero, la situación de la vivienda y cómo cubre los gastos.
- **Información de subvenciones para estudiantes**
- **Autodeclaración** - Es aceptable si no se puede proporcionar otra información, solo se puede usar en circunstancias especiales y requiere la aprobación del CFO o CEO (según la política).

DEBE proporcionar comprobante de domicilio presentando al menos uno de los elementos que se enumeran a continuación:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado DEBE tener una dirección actual
- Factura de servicios públicos
- Recibos de pago – DEBEN las direcciones actuales indicadas.

Sección B

Complete la tabla para las personas en el hogar (NO enumere las personas de las que la parte responsable no es LEGALMENTE responsable):

Apellido nombre	DOB	¿El individuo tiene cobertura médica?	Compañía de seguros: Medicaid, Medicare, Blue Cross, CHIP, etc.	Números de póliza / identificación
		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No		

Sección C

Indique los ingresos de todos los miembros adultos del hogar que están empleados:

Persona empleada	nombre de empresa	Ingresos antes de impuestos	¿Con qué frecuencia?
		PS	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		PS	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		PS	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

Fuente	Yo	Esposa	Otro	Total
Salarios brutos, salarios, propinas, etc.	<input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes	<input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación	<input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas	<input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			
Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			
Ingresos totales	<input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			

NOTA: Se requiere la documentación adecuada antes de aprobar un descuento.

Actualmente estoy desempleado y no tengo otras fuentes de ingresos. Solo se puede usar en circunstancias especiales y requiere la aprobación del CFO o CEO. (Autodeclaración)

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestran arriba es correcta.

Nombre (Imprimir)

Firma

Fecha de firma

USO DE OFICINA FMFI ÚNICAMENTE

Ingresos \$: _____ Descuento mensual o anual en la escala móvil de tarifas: _____ %

Clasificación de tarifa variable (círculo uno): A B C D E F

No califica Solicitud incompleta Desconocido

Firma del representante de FMFI: _____ Fecha: _____

• **Consulta realizada:**

Fecha: _____ Nombre del miembro de la familia: _____

✓	Proceso	Fecha	Inicial
	Identificación / dirección: licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo		
	Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, dos talones de pago consecutivos		
	Seguro: Tarjetas de seguro		
	Aplicación SFDP escaneada en el sistema de información / registro del paciente		
	Descuento aplicado a cuenta en sistema de información		
	Hogar informado sobre el estado de la solicitud y la elegibilidad		
	Información sobre los servicios prestados (atención primaria, odontología, programa de medicamentos, etc.)		