



PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES 2020

Asistencia Financiera Disponible

Del Puerto Health Care District (DPHCD), cual operá Patterson District Ambulance y Del Puerto Health Center reconocé que atención médica es costosa y donde séa disponible queremos ayudar a la gente que servimos. Basado en el ingreso anual de familia DPHCD puede proveír un descuento a cargos de servicio de ambulancia, co-pagos, y co-aseguranza.

Descuento por Tarifa Dezlisante

Los descuentos se determinan a base de el total de ingreso familiar del hogar y e número de miembros de familia. Familia se define como un grupo de dos o más personas (uno de ellos/a es la cabeza de familia) relacionadas por Nacimiento, matrimonio o adopción y que vivan juntas; todas estas personas (incluyendo a los miembros de la subfamilia relacionados) se consideran una familia. Cargos serán ajustados a base de los lineamientos federales de nivel de pobreza más recientes de acuerdo al numero de personas en sú familia y ingreso bruto. Favor de incluir todo el ingreso anotado en la solicitud ajunta.

2020 Federal Poverty Levels	100%	200%	300%	400%
1 in family	\$ 12,760	\$ 25,520	\$ 38,280	\$ 51,040
2	\$ 17,240	\$ 34,480	\$ 51,720	\$ 68,960
3	\$ 21,720	\$ 43,440	\$ 65,160	\$ 86,880
4	\$ 26,200	\$ 52,400	\$ 78,600	\$ 104,800
5	\$ 30,680	\$ 61,360	\$ 92,040	\$ 122,720
6	\$ 35,160	\$ 70,320	\$ 105,480	\$ 140,640
7	\$ 39,640	\$ 79,280	\$ 118,920	\$ 158,560
8 in family	\$ 44,120	\$ 88,240	\$ 132,360	\$ 176,480
<i>each additional person, add</i>	\$ 4,480	\$ 8,960	\$ 13,440	\$ 17,920
% of Federal Poverty Level	100%	200%	300%	400%

Basado en el tamaño de familia y ingreso bruto en el nivel de pobreza de la escala federal, los siguientes descuentos son permitidos en el saldo del paciente, excluyendo el costo compartido de Medi-Cal.

Rango FPL	Descuento Ambulancia	de	Discount de Centro de Salud
100% or less of FPL	\$100 nominal fee		\$15 nominal fee
101-200% of FPL	-90%		-80%
201-300% of FPL	-75%		-60%
301-400% of FPL	-60%		-40%

Solicitud Requerida

Para ayudarnos a determinar si usted califica para asistencia, favor de completar la Delaración Financiera del Paciente ajunto y regresár con documentos de prueba de ingresos.

Carta de Determinación de Descuento

Entre dos semanas recibirá una carta de *Determinación de Tarifas Deszlisantes* cual explicará su descuento disponible y el nuevo saldo aduedado. Su carta de Determiación es valida para facturas de ambos lugares, El Central de Salud y de Ambulancia.

Incentivo Extra de Pago Puntual

Adicionalmente, un 30% Incentivo de Pago Puntual es desponible (deducido de el total de Descuento de Tarifas Dezlisantes) cuando paga su factura entre 30 días de la fecha de la carta de Determinación. Todos los pacientes pueden aprovechar de el descuento de pago puntual.

Si tiene preguntas, favor de no dudar en comunicarse con nosotros al (209) 892-8781 y preguntar por el Descuento de el Programa de la Escala de Descuento Dezlisantes. Estamos disponibles en ayudarle entre 8:00 AM a 5:00 PM lunes a viernes.

¿Cómo califico?

Para calificar para el Descuento de Tarifa Flexible, usted DEBE llenar la solicitud y proporcionar la documentación requerida que demuestre los ingresos anuales de los miembros de la familia inmediata que viven en su hogar. Ingresos brutos son TODOS los ingresos de TODAS las fuentes antes de deducir impuestos. Los solicitantes deben proporcionar una copia de cualquiera de los materiales de verificación de ingresos aceptados que se enumeran a continuación junto con una solicitud completa a la oficina de Del Puerto Health Care District.

Verificación de ingresos aceptada

- W-2 o 1099 del año anterior
- Dos (2) recibos de pago vigentes
- Carta del empleador
- Formulario 4506-T Solicitud de transcripción de declaración de impuestos (si no presentó W2)
- Trabajador por cuenta propia: últimos tres (3) meses de ingresos y gastos de la empresa

El paciente/persona responsable DEBE llenar toda la Solicitud de Descuento de Tarifas Flexibles. Al firmar la Solicitud de Tarifas Flexibles, usted autoriza a Del Puerto Health Care District el acceso para que confirme sus ingresos según se divulgaron en el formulario de solicitud. Proporcionar información falsa en una Solicitud de Tarifa Flexible dará como resultado que los Descuentos de Tarifas Flexibles se revoquen y que el saldo completo de las cuentas se restablezca y sea pagadero inmediatamente.

Vigente a partir de febrero de 2017

Comuníquese con nosotros

Del Puerto Health Care District

P. O. Box 187

875 E Street

Patterson, CA 95363

(209) 892-8781

www.dphealth.org



Programa de Asistencia financiera para pacientes



Nuestros valores

Compasión * Compromiso * Excelencia

La misión principal del Distrito es proporcionar servicios de atención médica de la más alta calidad a través de Patterson District Ambulance y Del Puerto Health Clinic mientras extiende la disponibilidad de atención médica a los ciudadanos de Del Puerto Health Care District.



Esta fotografía de un autor desconocido tiene licencia de [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Política de Descuentos de Tarifas Flexibles

En Del Puerto Health Care District, no queremos que los costos sean un obstáculo para obtener la atención médica que usted necesita. Nuestro programa de Asistencia Financiera está diseñado para proporcionar atención sin costo o con descuentos a las personas que no tienen medios o tienen medios limitados para pagar sus servicios médicos. Ofrecemos el Programa de Tarifas de Escala Flexible a todos los pacientes que no tienen seguro o tienen seguro insuficiente con ingresos elegibles, con base en el ingreso anual de su grupo familiar.

A nadie se le denegará el acceso a los servicios en Del Puerto Health Center o Patterson District Ambulance, pues ofrecemos los servicios sin considerar el estado de seguro o la capacidad de pago.

Solicitudes de asistencia financiera

Puede obtener las solicitudes en:

Del Puerto Health Care District Office
875 E. St
Patterson, CA 95363

Del Puerto Health Center
1700 Keystone Pacific Pkwy, Ste B
Patterson, CA 95363

www.dphealth.org

Para ayudarnos a determinar si usted califica, llene la Declaración Financiera del Paciente e incluya todos los documentos que se solicitan, su solicitud debe estar completa y debe incluir la información solicitada.

A más tardar, dos semanas después de presentar una solicitud completa, usted recibirá una carta de determinación de tarifas flexibles que le explicará su descuento disponible y cuál es el nuevo saldo a pagar.

Incentivo adicional por pronto pago

Hay un 30 % de incentivo por pronto pago disponible (que se deduce del total de su Descuento de Tarifa Flexible) cuando paga su factura completa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la Carta de Determinación. Todos los pacientes pueden aprovechar el descuento de pronto pago.

Elegibilidad

Los descuentos se determinan con base en el total de ingresos familiares y el número de miembros de la familia. Familia se define como un grupo de dos o más personas (uno de ellos es el jefe de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas; todas estas personas (incluyendo a los miembros de la subfamilia relacionados) se consideran una familia. Las personas con ingresos familiares menores o iguales al 100% del nivel de pobreza recibirán un descuento completo del 100% de los servicios del Centro de salud. A los pacientes con un total de ingresos familiares de más del 100 % del nivel de pobreza, pero con nivel de pobreza menor o igual a 200 % se les cobrará de acuerdo con el Programa de Descuentos de Tarifas Flexibles.

El Programa de Descuentos de Tarifas Flexibles se actualiza durante el primer trimestre de cada año de acuerdo con los lineamientos federales de nivel de pobreza más recientes.

Los pacientes de Patterson District Ambulance que califican para el descuento máximo se ingresan con un cargo nominal de \$75.00 por transporte. La tarifa nominal no es umbral para recibir atención y por lo tanto, no es una tarifa mínima ni copago.

Debe agotar todos los recursos de pago alternativos, incluyendo todos los pagos de terceros de programas de seguros estatales y federales.



SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES Y DECLARACION FINANCIERA

Ofrecemos el programa de Descuentos de Tarifas Deslizantes a todos los pacientes con ingreso elegible que no tienen seguro o tienen seguro insuficiente a base de el ingreso anual y el número de miembros de familia en el hogar. El Descuento de Tarifas Deslizantes proporciona costos reducidos o costos nominales en casi todos los servicios.

Elegibilidad. Pacientes que no pueden pagar para todo o partes de el costo de cuidado médico necesario y que han agotado su cobertura de recursos privados o públicos podrían ser elegible para el Descuento de Tarifas Deslizantes. Antes de que sean considerados para elegibilidad, pacientes son requeridos aplicar para cobertura pública y/o cobertura privada, como Medicare, Medi-Cal, por cual podrían ser elegibles. Pacientes serán asistidos según sea necesario en determinando el enlace a estos programas y en aplicando para tal cobertura. Descuentos no podrán ser aplicados a el costo compartido de Medi-Cal.

¿Cómo califico? Para calificar para las Tarifas de Escala Deslizante, pacientes deben proporcionar información sobre el ingreso familiar. El ingreso bruto familiar será verificado con prueba de documentación de ingresos. El ingreso bruto es el ingreso total de todas las fuentes antes de impuestos.

¿Como comienso? Para empesar la corespondencia del proceso para Tarifas Deslizantes, simplemente complete esta forma y mandela a la Oficina del Distrito. Patterson District Ambulance y Del Puerto Health Center acepta todos los planes de aseguranzas de Medicare y Medicaid, tanto como la mayoría de aseguranzas, pero hay posibilidad de responsabilidad de parte del paciente aún después que su aseguranza pagé. Su descuento es re-verificado cada año.

A nadie se le negará acceso de servicios en Patterson District Ambulance o Del Puerto Health Center, los servicios se ofrecen a pesar de la posición de aseguranza o la habilidad para pagar.

Favor de completar los dos lados de está forma y completar cada espacio en blanco con una respuesta. Favor de escribir "-0-" o "n/a" "ninguno" si una pregunta no aplica. Al completar, regrese la solucitud junto con la documentación cual prueba sus ingresos.

Información de Familia							
NOMBRE DE LA CABEZA DE FAMILIA				EL MEJOR NUMERO DE TELEFONO			
DOMICILIO DE LA RESIDENCIA				CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
DIRECCION POSTAL				CUIDADA	ESTADO	CODIGO POSTAL	
CORREO ELECTRONICO				LUGAR DE EMPLEO			
¿Tiene aseguranza médica? Sí No		Si no, ¿a aplicado para aseguranza médica? Sí No		Si la respuesta es si, ¿quien de su familia está cubierta en la póliza de la aseguranza médica?			
Nombre de los miembros de familia	La Relación	Aseguranza ?	Fecha de nacimiento	Nombre de los miembros de familia	La Relación	Aseguranza ?	Fecha de nacimiento
1.Uno Mismo	Uno Mismo	Sí No		5.DEPENDIENTE		Sí No	
2.EPOSA/ESPOSO		Sí No		6.DEPENDIENTE		Sí No	
3.DEPENDIENTE		Sí No		7.DEPENDIENTE		Sí No	
4.DEPENDIENTE		Sí No		8.DEPENDIENTE		Sí No	
Ingreso Bruto Anual Por Fuente				Uno Mismo	Esposa/o	Otro	Total
Sueldos brutos, ingresos, propinas, etc. (información de talon de cheque, declaración de impuestos, Forma W-2 o 1099)				\$	\$	\$	\$
Ingreso de negocio, autónomo, y dependientes (copia de impuestos)							
Compensación de desempleo, indemnización laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplemental, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingreso por jubilación							
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia de educación, pensión compensatoria, pensión alimenticia, asistencia afuera de familia, y otras fuentes diversas.							
El Total de Ingresos				\$	\$	\$	\$

SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES Y DECLARACION FINANCIERA

_____ Personas en su familia:(marque todos los que corresponden)

_____ Tienen empleo

_____ Estan desempleados

_____ Estan recibiendo asistencia pública

_____ Estan jubilados

(Ex: Desempleo, CalWORKs, SSI etc)

_____ Son autónomos

_____ Por favor ajuntar documentos de sueldo para cada miembro de familia (marque todos los que corresponden)

_____ Dos (2) talones de pago actuales

_____ Copia de cartas de beneficios para compensación de desempleo, Indemnización laboral, seguro social, Ingresos de seguridad suplementales, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingreso por jubilación

_____ Forma W-2 or 1099 del IRS

_____ Reciente declaración de impuestos federales

Pregunta: Si tiene preguntas, por favor de comunicarse con la oficina del Distrito al 209-892-8781 y preguntará por Asistencia Financiera par Pacientes o mande un correo electrónico a admin@dphealth.org.

Declaración Financiera del Solicitante:

- Por este medio yo certifico que la información de esta forma es según atiendo cierta y correcta.
- Además estoy de acuerdo en notificar a Patterson District Ambulance o Del Puerto Health Center de cualquier cambio de esta información dentro de diez (10) días de tal cambio.
- Entiendo que necesito re-calificar cada año para mantener mi elegibilidad. Estoy conciente que esta información es revisada y basada sobre las guías federales de pobreza, son publicadas anualmente por el gobierno federal.
- Etoy suministrada esta información y solicito que Patterson District Ambulance y o Del Puerto Health Center renuncie una porción o el balance restante (Medicare o otra aseguranza co-pago, co-aseguranza, o deducible cantidad debida) basada en mi situación financiera.
- Estoy de acuerdo en ser responsable por cualquier balance restante despues de la aplicación de cualquier descuento por Patterson District Ambulance o Del Puerto Health Center.
- Estoy de acuerdo en pagar las tarifas puntualmente, para mantener mi descuento.

Fecha: _____ Nombre (Imprima): _____

Firma: _____

Regrese la solicitud completa a:

(Correo)
Del Puerto Health Care District
PO Box 187
Patterson, CA 95363

(Entregar en Persona)
Patterson District Ambulance
875 E Street
Patterson, CA 95363

(Entregar en Persona)
Del Puerto Health Center
1700 Keystone Pacific Pkwy, Unit B
Patterson, CA 95363

Uso de oficina solamente

Patient Name:		Date Approved:	
Approved Discount:		Approved by:	
	Verify Documents Received	Yes	No
	Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or other		
	Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
	Insurance: Insurance Cards		