



تقدم CNS Healthcare خصمًا على الرسوم المتدرجة

تم إنشاء مقياس الرسوم المتدرج وتنفيذه لضمان تطبيق الرسوم والخصومات الموحدة والمعقولة بشكل ثابت ومناسب على جميع المرضى المؤهلين. على الرغم من أنه تم تصميم جدول الرسوم لتغطية التكاليف المعقولة لتقديم الخدمات، فإن الغرض من مقياس الرسوم المتدرج هو معالجة العوائق المالية للرعاية.

لذلك، يتيح مقياس الرسوم المتدرج توفير الخدمات للأفراد بما يتفق مع قدرتهم على الدفع مقابل هذه الخدمات. بمجرد إنشائه، يجب مراجعة مقياس الرسوم المتدرج بشكل سنوي كحد أدنى، ليعكس التحديثات السنوية للإرشادات الفيدرالية الخاصة بالفقر.

يتطلب تحديد أهليتك للحصول على خصم الرسوم المتدرج التحقق من دخلك. يجب تحديث هذه المعلومات على الأقل سنويًا لمواصلة مشاركتك في البرنامج. تُستخدم هذه المعلومات فقط لحساب الخصم الخاص بك ويتم الحفاظ عليها بسرية تامة.

هل أنت مؤهل للحصول على سعر مخفض؟

تقدم CNS Healthcare خصمًا على الرسوم المتدرجة. يتم تحديد الأهلية للحصول على خصم الرسوم المتدرجة من خلال الدخل السنوي الموثق وعدد أفراد الأسرة. المرضى الذين لديهم دخل سنوي موثق بنسبة 200% أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) مؤهلون للحصول على خصم على الرسوم المتدرجة على جميع الخدمات التي تقدمها CNS Healthcare.

يتم فرض رسوم رمزية على المرضى الذين يقل دخلهم عن 100% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)؛ ومع ذلك، لن يتم رفض تقديم الخدمات لأي مريض بسبب عدم قدرته على الدفع.

يتطلب تحديد أهليتك للحصول على خصم الرسوم المتدرج التحقق من دخلك. يجب تحديث هذه المعلومات على الأقل سنويًا لمواصلة مشاركتك في البرنامج. تُستخدم هذه المعلومات فقط لحساب الخصم الخاص بك ويتم الحفاظ عليها بسرية تامة.



الوثائق المطلوبة لتطبيق الرسوم المترجة

1. يجب عليك تقديم أحد العناصر التالية

- قسائم الدفع (قسائم دفع رواتب أسرتك لآخر أربعة (4) أسابيع).
- خطاب من صاحب العمل يؤكد التوظيف
- خطاب ملخص إعانة البطالة (فقط في حالة تحصيل البطالة).
- إذا لم يكن لديك دخل: تقديم خطاب موثق من شخص تعرفه (ليس من أقربائك) للتحقق من عدم وجود دخل لديك وذكر ترتيبات المعيشة الخاصة بك مثل الطعام والمأوى.

2. إثبات الهوية

يمكن أن يكون عبارة عن بطاقة هوية صادرة عن جهة حكومية أو رخصة قيادة سارية من أي ولاية أو بطاقة هوية مدرسية أو شهادة ميلاد أو جواز سفر.

3. المستندات المالية

قد يتم طلب نسخة من سجلاتك الضريبية الحديثة أو كشوف حسابك المصرفي.

4. آخر

العناصر الأخرى التي قد يتم طلبها إذا كانت متوفرة هي: وثائق قدامى المحاربين أو الضمان الاجتماعي أو معاشات التقاعد، ودعم الطفل/التحقق من النفقة، ومصادقة شركات العمال

قد يتم تقديم طلبات الحصول على خدمات مخفضة من قبل المرضى أو أفراد الأسرة أو موظفي الخدمات الاجتماعية أو غيرهم ممن هم على دراية بالمصاعب المالية الحالية. يمكن الحصول على المعلومات والنماذج من مكتب الاستقبال ومكتب الأعمال، أو من على موقع **CNS Healthcare** على الويب cnshealthcare.org.



مقياس خصم الرسوم المتدرجة

الرعاية الصحية CNS - الصحة السلوكية 2024 مقياس رسوم انزلاق

فئة الشريحة		A	B	C	D	E
مستوى الفقر		0 - 100%	101 - 200%	201 - 300%	301 - 400%	> 400%
الصحة السلوكية	الرسوم المطلوبة لكل فرد من أفراد الأسرة لكل زيارة	رسوم رمزية \$5	\$10	\$20	\$30	من رسوم 100%
حجم الأسرة						
1	سنوي (حتى)	\$ 15,060.00	\$ 30,120.00	\$ 45,180.00	\$ 60,240.00	\$ 60,241.00
	شهري	\$ 1,255.00	\$ 2,510.00	\$ 3,765.00	\$ 5,020.00	\$ 5,020.08
	أسبوعي	\$ 289.62	\$ 579.23	\$ 868.85	\$ 1,158.46	\$ 1,158.48
2	سنوي (حتى)	\$ 20,440.00	\$ 40,880.00	\$ 61,320.00	\$ 81,760.00	\$ 81,761.00
	شهري	\$ 1,703.33	\$ 3,406.67	\$ 5,110.00	\$ 6,813.33	\$ 6,813.42
	أسبوعي	\$ 393.08	\$ 786.15	\$ 1,179.23	\$ 1,572.31	\$ 1,572.33
3	سنوي (حتى)	\$ 25,820.00	\$ 51,640.00	\$ 77,460.00	\$ 103,280.00	\$ 103,281.00
	شهري	\$ 2,151.67	\$ 4,303.33	\$ 6,455.00	\$ 8,606.67	\$ 8,606.75
	أسبوعي	\$ 496.54	\$ 993.08	\$ 1,489.62	\$ 1,986.15	\$ 1,986.17
4	سنوي (حتى)	\$ 31,200.00	\$ 62,400.00	\$ 93,600.00	\$ 124,800.00	\$ 124,801.00
	شهري	\$ 2,600.00	\$ 5,200.00	\$ 7,800.00	\$ 10,400.00	\$ 10,400.08
	أسبوعي	\$ 600.00	\$ 1,200.00	\$ 1,800.00	\$ 2,400.00	\$ 2,400.02
5	سنوي (حتى)	\$ 36,580.00	\$ 73,160.00	\$ 109,740.00	\$ 146,320.00	\$ 146,321.00
	شهري	\$ 3,048.33	\$ 6,096.67	\$ 9,145.00	\$ 12,193.33	\$ 12,193.42
	أسبوعي	\$ 703.46	\$ 1,406.92	\$ 2,110.38	\$ 2,813.85	\$ 2,813.87
6	سنوي (حتى)	\$ 41,960.00	\$ 83,920.00	\$ 125,880.00	\$ 167,840.00	\$ 167,841.00
	شهري	\$ 3,496.67	\$ 6,993.33	\$ 10,490.00	\$ 13,986.67	\$ 13,986.75
	أسبوعي	\$ 806.92	\$ 1,613.85	\$ 2,420.77	\$ 3,227.69	\$ 3,227.71
7	سنوي (حتى)	\$ 47,340.00	\$ 94,680.00	\$ 142,020.00	\$ 189,360.00	\$ 189,361.00
	شهري	\$ 3,945.00	\$ 7,890.00	\$ 11,835.00	\$ 15,780.00	\$ 15,780.08
	أسبوعي	\$ 910.38	\$ 1,820.77	\$ 2,731.15	\$ 3,641.54	\$ 3,641.56
8	سنوي (حتى)	\$ 52,720.00	\$ 105,440.00	\$ 158,160.00	\$ 210,880.00	\$ 210,881.00
	شهري	\$ 4,393.33	\$ 8,786.67	\$ 13,180.00	\$ 17,573.33	\$ 17,573.42
	أسبوعي	\$ 1,013.85	\$ 2,027.69	\$ 3,041.54	\$ 4,055.38	\$ 4,055.40
كل شخص إضافي	سنوي (حتى)	\$ 5,380.00	\$ 10,760.00	\$ 16,140.00	\$ 21,520.00	\$ 21,520.00
	شهري	\$ 448.33	\$ 896.67	\$ 1,345.00	\$ 1,793.33	\$ 1,793.33
	أسبوعي	\$ 103.46	\$ 206.92	\$ 310.38	\$ 413.85	\$ 413.85



طلب الخصم على الرسوم المترتبة

تتمثل سياسة CNS Healthcare في تقديم الخدمات الأساسية بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع. يتم تقديم الخصومات على أساس عدد أفراد الأسرة والدخل السنوي. يرجى إكمال المعلومات التالية والعودة إلى مكتب الاستقبال لتحديد ما إذا كنت أنت أو أفراد عائلتك مؤهلين للحصول على خصم.

سيتم تطبيق الخصم على جميع الخدمات التي يتم تلقيها في هذه العيادة، ولكن ليس على الخدمات أو المعدات التي يتم شراؤها من الخارج، بما في ذلك الاختبارات المعملية المرجعية، والأدوية، وتفسير الأشعة السينية من قبل استشاري الأشعة، وغيرها من الخدمات المماثلة. يجب إكمال هذا النموذج كل 12 شهرًا أو إذا تغير وضعك المالي.

اسم رب الأسرة		موقع التوظيف		
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الهاتف

يرجى ذكر الزوج أو الزوجة والمعالين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا.

الاسم	تاريخ الميلاد	الاسم	تاريخ الميلاد
المقدم نفسه	مُعال		
الزوج أو الزوجة	مُعال		
مُعال	مُعال		
مُعال	مُعال		



الدخل السنوي للأسرة

آخرين	المقدم نفسه الزوج أو الزوجة الإجمالي	المصدر
		إجمالي الأجور والرواتب والإكراميات وما إلى ذلك.
		الدخل من العمل والعمل الحر والمُعاليين
		تعويض البطالة، تعويض العمال، الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي، المساعدة العامة، مدفوعات المحاربين القدامى، مزايا الوراثة، المعاش أو دخل التقاعد
		الفوائد، والأرباح، والإيجارات، والأتعاب، والدخل من العقارات، والصناديق الاستثمارية، والمساعدة التعليمية، والنفقة، وإعالة الطفل، والمساعدة من خارج الأسرة، ومصادر أخرى
		إجمالي الدخل

ملاحظة: قد تكون هناك حاجة إلى نسخ من الإقرارات الضريبية أو قسائم الدفع أو معلومات أخرى للتحقق من الدخل قبل الموافقة على الخصم.

أشهد أن عدد أفراد الأسرة ومعلومات الدخل الموضحة أعلاه صحيحة.

	التاريخ	الاسم (واضح)
		التوقيع

Office Use Only

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved by: _____

Date Approved: _____

Verification Checklist	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		