



CNS Healthcare ofrece un descuento de tarifas variables

La Escala de tarifas variables se establece e implementa para garantizar que las tarifas y los descuentos uniformes y razonables se apliquen de manera consistente y adecuada a todos los pacientes elegibles. Si bien el programa de tarifas está diseñado para cubrir los costos razonables de la prestación de servicios, el propósito de la Escala de tarifas variables es abordar las barreras financieras para la atención.

Por lo tanto, la Escala de tarifas variables permite la prestación de servicios a las personas de acuerdo con su capacidad de pago por dichos servicios. Una vez establecida, la Escala de tarifas variables se debe revisar en forma anual, como mínimo, para reflejar las actualizaciones anuales de las Pautas federales de pobreza.

Determinar su elegibilidad para el descuento de tarifas variables requiere la verificación de sus ingresos. Esta información debe actualizarse al menos una vez al año para continuar con su participación en el programa. Esta información solo se usa para calcular su descuento y se conserva en forma completamente confidencial.

¿Califica para una tarifa con descuento?

CNS Healthcare ofrece un descuento de tarifas variables. La elegibilidad para el descuento de tarifas variables se determina según los ingresos anuales documentados y el número de integrantes de la familia/el hogar. Los pacientes con un ingreso anual documentado del 200% o por debajo del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son elegibles para un descuento de tarifas variables en todos los servicios proporcionados por CNS Healthcare.

A los pacientes con ingresos iguales o inferiores al 100 % del nivel federal de pobreza (FPL) se les cobra una tarifa nominal; sin embargo, a ningún paciente se le negarán los servicios como consecuencia de su incapacidad de pago.

Determinar su elegibilidad para el descuento de tarifas variables requiere la verificación de sus ingresos. Esta información debe actualizarse al menos una vez al año para continuar con su participación en el programa. Esta información solo se usa para calcular su descuento y se conserva en forma completamente confidencial.



Documentación requerida para la solicitud de tarifas variables

1. DEBE proporcionar UNO de los siguientes elementos

- Talones de pago (los talones de pago correspondientes a su hogar de las últimas cuatro (4) semanas).
- Carta del empleador que verifique el empleo
- Carta de resumen de beneficios por desempleo (Solo si cobra desempleo).
- Si no tiene ingresos: Proporcione una carta notariada de una persona que conozca (que no sea un familiar suyo) que verifique que no tiene ingresos y que indique sus arreglos de vivienda, como comida y vivienda.

2. Prueba de identidad

Puede ser una tarjeta de identificación emitida por el gobierno, una licencia de conducir vigente de cualquier estado, una identificación escolar, un certificado de nacimiento o un pasaporte.

3. Documentos financieros

Se puede solicitar una copia de sus registros de impuestos o estados de cuenta bancarios recientes.

4. Otro

Otros elementos que se pueden solicitar en caso de que estén disponibles son: Documentación de veteranos, de beneficios de pensión o seguridad social, verificación de manutención infantil/pensión alimenticia, verificación de indemnización laboral

Los pacientes, los familiares, el personal de servicios sociales u otras personas que estén al tanto de las dificultades financieras existentes pueden realizar la solicitud de servicios con descuento. La información y los formularios se pueden obtener en la recepción y en la oficina comercial o en el sitio web de CNS Healthcare, cnshealthcare.org.



Escala de descuento de tarifas variables

Escala móvil de tarifas móviles de CNS Healthcare 2024 - Salud conductual

Categoría de diapositiva		A	B	C	D	E
Nivel de pobreza		0 - 100%	101 - 200%	201 - 300%	301 - 400%	> 400%
Salud conductual	Tarifa requerida por miembro de la familia, por visita	Tarifa nominal \$5	\$10	\$20	\$30	100% de Cargos
TAMAÑO DE LA						
1	Anual (hasta)	\$ 15,060.00	\$ 30,120.00	\$ 45,180.00	\$ 60,240.00	\$ 60,241.00
	Mensual	\$ 1,255.00	\$ 2,510.00	\$ 3,765.00	\$ 5,020.00	\$ 5,020.08
	Semanal	\$ 289.62	\$ 579.23	\$ 868.85	\$ 1,158.46	\$ 1,158.48
2	Anual (hasta)	\$ 20,440.00	\$ 40,880.00	\$ 61,320.00	\$ 81,760.00	\$ 81,761.00
	Mensual	\$ 1,703.33	\$ 3,406.67	\$ 5,110.00	\$ 6,813.33	\$ 6,813.42
	Semanal	\$ 393.08	\$ 786.15	\$ 1,179.23	\$ 1,572.31	\$ 1,572.33
3	Annual (up to)	\$ 25,820.00	\$ 51,640.00	\$ 77,460.00	\$ 103,280.00	\$ 103,281.00
	Monthly	\$ 2,151.67	\$ 4,303.33	\$ 6,455.00	\$ 8,606.67	\$ 8,606.75
	Weekly	\$ 496.54	\$ 993.08	\$ 1,489.62	\$ 1,986.15	\$ 1,986.17
4	Annual (up to)	\$ 31,200.00	\$ 62,400.00	\$ 93,600.00	\$ 124,800.00	\$ 124,801.00
	Monthly	\$ 2,600.00	\$ 5,200.00	\$ 7,800.00	\$ 10,400.00	\$ 10,400.08
	Weekly	\$ 600.00	\$ 1,200.00	\$ 1,800.00	\$ 2,400.00	\$ 2,400.02
5	Anual (hasta)	\$ 36,580.00	\$ 73,160.00	\$ 109,740.00	\$ 146,320.00	\$ 146,321.00
	Mensual	\$ 3,048.33	\$ 6,096.67	\$ 9,145.00	\$ 12,193.33	\$ 12,193.42
	Semanal	\$ 703.46	\$ 1,406.92	\$ 2,110.38	\$ 2,813.85	\$ 2,813.87
6	Anual (hasta)	\$ 41,960.00	\$ 83,920.00	\$ 125,880.00	\$ 167,840.00	\$ 167,841.00
	Mensual	\$ 3,496.67	\$ 6,993.33	\$ 10,490.00	\$ 13,986.67	\$ 13,986.75
	Semanal	\$ 806.92	\$ 1,613.85	\$ 2,420.77	\$ 3,227.69	\$ 3,227.71
7	Anual (hasta)	\$ 47,340.00	\$ 94,680.00	\$ 142,020.00	\$ 189,360.00	\$ 189,361.00
	Mensual	\$ 3,945.00	\$ 7,890.00	\$ 11,835.00	\$ 15,780.00	\$ 15,780.08
	Semanal	\$ 910.38	\$ 1,820.77	\$ 2,731.15	\$ 3,641.54	\$ 3,641.56
8	Anual (hasta)	\$ 52,720.00	\$ 105,440.00	\$ 158,160.00	\$ 210,880.00	\$ 210,881.00
	Mensual	\$ 4,393.33	\$ 8,786.67	\$ 13,180.00	\$ 17,573.33	\$ 17,573.42
	Semanal	\$ 1,013.85	\$ 2,027.69	\$ 3,041.54	\$ 4,055.38	\$ 4,055.40
Cada persona adicional	Anual (hasta)	\$ 5,380.00	\$ 10,760.00	\$ 16,140.00	\$ 21,520.00	\$ 21,520.00
	Mensual	\$ 448.33	\$ 896.67	\$ 1,345.00	\$ 1,793.33	\$ 1,793.33
	Semanal	\$ 103.46	\$ 206.92	\$ 310.38	\$ 413.85	\$ 413.85

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/17/2024-00796/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>



Solicitud de descuento de tarifas variables

Es política de CNS Healthcare brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el número de integrantes de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a los servicios o equipos que se adquieran en forma ajena a la clínica, incluidos análisis de laboratorio de referencia, medicamentos y la interpretación de radiografías por un radiólogo consultor, y otros servicios similares. Este formulario se debe completar cada 12 meses o en caso de que su situación financiera cambie.

Nombre del jefe de familia			Lugar de empleo	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Mencione al cónyuge y a las personas a cargo menores de 18 años.

Nombre nacimiento	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de
Propio		Persona a cargo	
Cónyuge		Persona a cargo	
Persona a cargo		Persona a cargo	
Persona a cargo		Persona a cargo	



Ingreso anual del hogar

Fuente	Propia	Cónyuge	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y personas a cargo				
Indemnización por desempleo, indemnización laboral, Seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas				
Ingreso total				

NOTA: Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Certifico que la información sobre el número de integrantes de la familia y los ingresos que se muestra más arriba es correcta.

Nombre

(En letra imprenta)

Firma

Fecha

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		