



Easterseals Michigan
Oakland County
Capacidad para Pagar la Escala
de Tarifa Gradual

Para personas que calificaron que no tienen seguro o que no están cubiertos por un seguro, pero que están recibiendo servicios de salud del comportamiento.

Las tarifas de los servicios de salud del comportamiento se basan en la capacidad de pago según lo establecido en la Tabla de Determinación de Categoría para la Escala de Tarifa Gradual (a continuación). Los límites de ingresos se basan en las pautas del Nivel de Pobreza Federal del 2019 y se actualizan anualmente. La capacidad de pago se determina anualmente y siempre que cambie su situación financiera. Es posible que se requiera documentación sobre el tamaño de la familia y los ingresos antes de aprobar un descuento.

La Tabla de Determinación de Categoría para la Escala de Tarifa Móvil

Tamaño de la Familia	<u>A</u> Límite del Ingreso Anual	<u>B</u> Límite del Ingreso Anual	<u>C</u> Límite del Ingreso Anual	<u>D</u> Límite del Ingreso Anual	<u>E</u> Límite del Ingreso Anual
1	\$16,574	\$20,812	\$24,924	\$31,155	\$37,386
2	\$22,440	\$28,176	\$33,744	\$42,180	\$50,616
3	\$28,305	\$35,541	\$42,564	\$53,205	\$63,846
4	\$34,170	\$42,906	\$51,384	\$64,230	\$77,076
5	\$40,036	\$50,270	\$60,204	\$75,255	\$90,306
6	\$45,901	\$57,635	\$69,024	\$86,280	\$103,536
7	\$51,766	\$65,000	\$77,844	\$97,305	\$116,766
8	\$57,632	\$72,364	\$86,664	\$108,330	\$129,996
Para cada miembro de familia adicional, agrega:	\$5,865	\$7,365	\$8,820	\$11,025	\$13,230

Escala de Tarifa Móvil (Basado en la Tabla de Determinación de Categorías arriba)

<u>Categoría</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>
Tarifa Diaria de la Visita	\$0	\$5	\$10	\$25	\$40

Entiendo que estoy responsable de los costos indicados en la Columna ___ de arriba.

Nombre del Individuo que recibá el servicio: _____ Caso #: _____

Nombre del Responsable: (Mayúscula) _____

Firma de la Persona Responsable

Fecha

Firma del Titular

Date

No se negará a ninguna persona los servicios basado en la incapacidad de pagar.

Tarifas efectivas del Febrero 1, 2021 hasta Septiembre 30, 2021.

Capacidad de Pagar de la Escala de las Tarifas Graduales de Oakland County – SCANTO EHR: Documentos Financieros de las Personas Individuales
crs 3.09.21

Solicitud para un Descuento en la Tarifa Gradual de los Servicio de Salud del Comportamiento

Solicitud para un Descuento en la Tarifa Gradual

La política de Easterseals Michigan es proporcionar servicios de salud del comportamiento a un precio con descuento en función con la capacidad de pago de la persona que califica o de su familia. Se ofrecen descuentos a las personas que califican, que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, por los servicios de salud del comportamiento prestados en el condado de Oakland y se basan en el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Por favor complete el siguiente formulario y proporcione la información solicitada y devuélvalo a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. A nadie se le negarán los servicios necesarios por falta de capacidad de pago.

El descuento se aplicará a todos los servicios de salud del comportamiento recibidos en esta clínica, pero no a los servicios o equipos que se compran desde el exterior, incluidos, entre otros, pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos recetados e interpretación de rayos X por parte de un radiólogo asesor y otros servicios. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA		NÚMERO TELEFÓNICO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.
NOMBRE DEL EMPLEADOR		NÚMERO TELEFÓNICO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.

Por favor enumere a la pareja y/o dependientes que tengan menos de 18 años de edad.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
USTED		DEPENDIENTE	
PAREJA		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

Ingresos Anuales del Hogar

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos por negocios, autoempleo y dependientes.				
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, del Seguro Social, Ingresos de la Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación.				
Intereses, dividendos, rentas, ingresos por bienes, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia fuera del hogar, y otras fuentes diversas.				
Ingresos Totales				

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

Certifico que el tamaño de la familia y la información de los ingresos proporcionado están correctos.

Nombre del Individuo que recibirá el servicio: _____ Caso #: _____

Nombre del Responsable: (Mayúsculas) _____

Firma del Responsable

Fecha

OFFICE USE ONLY

Verification Checklist
Identification/Address: <input type="checkbox"/> Driver's license <input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Employment ID <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other: _____
Income: <input type="checkbox"/> Prior year federal tax return <input type="checkbox"/> 3 most recent pay stubs <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other: _____
Insurance Cards: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> List carrier(s): _____
Comments/additional information:

Discount approved? Yes No Approved discount: _____

Approved by: _____

Date approved: _____