



Tarifas escalonadas

Scale Level	A	B	C	D	E	F**
Salud del comportamiento	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	\$ 100.00
Médica	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Podología	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Servicios especializados*	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Nutrición	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
Radiología	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
Mamografía	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Odontología	\$ 49.00	40%	50%	55%	60%	100%
Tarifa de dispensación en farmacia	\$ 2.00	\$ 4.00	\$ 6.00	\$ 8.00	\$ 10.00	100%
Nivel de escala	A	B	C	D	E	F**
Nivel de pobreza 2020	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Tamaño de la familia	Ingreso Maximo anual					
1	12,760	15,950	19,140	22,330	25,520	31,900
2	17,240	21,550	25,860	30,170	34,480	43,100
3	21,720	27,150	32,580	38,010	43,440	54,300
4	26,200	32,750	39,300	45,850	52,400	65,500
5	30,680	38,350	46,020	53,690	61,360	76,700
6	35,160	43,950	52,740	61,530	70,320	87,900
7	39,640	49,550	59,460	69,370	79,280	99,100
8	44,120	55,150	66,180	77,210	88,240	110,300
9	48,600	60,750	72,900	85,050	97,200	121,500
10	53,080	66,350	79,620	92,890	106,160	132,700
11	57,560	71,950	86,340	100,730	115,120	143,900
12	62,040	77,550	93,060	108,570	124,080	155,100
13	66,520	83,150	99,780	116,410	133,040	166,300
14	71,000	88,750	106,500	124,250	142,000	177,500
Cada persona	\$ 4,480.00	\$ 5,600.00	\$ 6,720.00	\$ 7,840.00	\$ 8,960.00	\$ 11,200.00

*En los anteriores costos no incluyen los costos directos de fármacos y dispositivos intrauterinos que serán responsabilidad del paciente.

** El programa de descuento de NJ Aid para niveles de ingresos de 200 % a 250 % solo está disponible para residentes de NJ.

Programa de descuentos de tarifa escalonada

Gracias por visitar CHEMED.

Su pago puede no cubrir los costos de su visita. Serán necesarios \$20 para una visita de salud médica/conductual y \$49 para una visita odontológica.

Para determinar correctamente el costo de la visita de hoy, la solicitud de tarifa escalonada debe ser completada en la Oficina de Asistencia Financiera de CHEMED a más tardar en 7 días.

Para ser completado en CHEMED para:

La omisión de completar la solicitud a más tardar en 7 días ocasionará que usted sea completamente responsable financieramente por el costo completo y sin deducción de la visita.

El **DESCUENTO DE TARIFA ESCALONADA** es un programa del Centro de Salud Comunitario basado en el tamaño de la familia y el ingreso bruto.

Todos los pacientes del centro de salud pueden aplicar para el programa de descuento de tarifa escalonada.

Para solicitar la tarifa **escalonada**, el paciente debe completar un formulario de solicitud y enviar: un formulario de identificación para cada miembro del hogar, una prueba de ingresos y una prueba de dirección.

PRUEBA DE INGRESOS:

Recibos de nómina actuales (últimas 4 semanas de salario)

OTRAS FORMAS DE INGRESOS:

Independiente:	Declaración de impuestos de renta 1099 del año anterior
Beneficios de seguridad social:	Carta de otorgamiento más reciente
Beneficios de desempleo:	Últimos 4 recibos o carta de conformación de los beneficios de desempleo
Pensión:	Estado de cuenta de recepción más reciente menor de 12 meses
Ingreso de efectivo/sin ingresos:	Carta del empleador Autodeclaración Carta de quién lo mantiene con su identificación
Ingreso de renta:	Declaración de impuestos de renta 1040 del año anterior Contrato de arriendo o autodeclaración
Ingresos de inversiones:	Declaración de impuestos de renta 1040 del año anterior Extracto bancario o autodeclaración

La solicitud de descuento de tarifa escalonada debe ser renovada cada 12 meses.

La solicitud debe ser completada y firmada por un miembro adulto del hogar en el Departamento de Asistencia Financiera en CHEMED.

IDENTIFICACIÓN

Una forma de identificación se requiere para cada miembro incluido en la solicitud

Formas de identificación aceptadas:

Licencia de conducción con foto válida**

Pasaporte válido

Certificado de nacimiento

Tarjetas de seguridad social

Tarjeta de registro de extranjero, tarjeta verde (la fecha de entrada debe ser legible)

Recién nacido (hasta 3 semanas): Es suficiente una tarjeta de cuna del hospital o certificado del hospital.

**Si se usa esta como identificación con foto no puede ser usada como prueba de residencia

PRUEBA DE RESIDENCIA

Factura de servicios públicos (gas, electricidad, agua o teléfono a su nombre, de un mes antes de la fecha del servicio)

Estado de cuenta bancario del mes anterior

Registro/seguro de automóvil

Contrato de alquiler/estado de cuenta de hipoteca

Certificado de matrimonio OBLIGATORIO (si aplica)

Departamento de Asistencia Financiera CHEMED

Horario de funcionamiento: (Sujeto a cambios)

Lunes a Jueves: 8:00 a. m. 9:00 p. m.

Viernes: 8:00 a. m. 4:00 p. m.

Domingos: 8:00 a. m. 8:00 p. m.

Información de contacto:

Teléfono: 732 364 2144 x323

Fax: 732 523 7953

Correo electrónico: financialassistance@chemedhealth.org



Solicitud de asistencia financiera – Página 1

Nombre del solicitante (paciente): _____ **Fecha de solicitud:** _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección: _____ **Teléfono:** _____
Calle, Habitación Ciudad Estado Código Postal

CIUDADANÍA (necesario solo para LOA de NJ): Ciudadano de **EE. UU.** Tarjeta verde (se necesita fecha de entrada) **No** ciudadano de EE. UU. **Estado civil:** Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Integrantes de la familia – Incluya todos los dependientes incluyéndose usted **ORIGEN ÉTNICO:** Blanco Afroamericano Hispánico Otro

	Apellido, nombre	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	RAZA	NACIONALIDAD (NJ LOA)	ESTADO CIVIL	Relación con el paciente
1.							Paciente
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Ingresos del hogar									
Miembro del hogar que recibe ingresos (Incluyendo niños)	Nombre del empleador • Independiente escriba "Independiente" • Propietario escriba "Propietario"	Tiempo completo o parcial		Frecuencia del pago (seleccione una casilla)					Ingreso bruto por periodo de pago
		TC	TP	Semanal	Quincenal	Mensual	Semi-mensual	Anual	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

¿Usted u otro miembro de su hogar reciben ingresos de cualquier otra fuente? \$ _____
semanal quincenal mensual semi-mensual anual

Ingresos totales anuales del hogar \$ _____

¿Alguien en su hogar está embarazada? Sí - Fecha esperada: ____ / ____ / ____ No

¿Tiene alguno de los siguientes? No
Seguro privado Medicaid NJ Family Care Medicare Seguro de Travelers:
 Si lo tiene, ¿cubre odontología? Sí No **Fecha de vigencia:** ____ / ____ / ____

Certifico que la anterior información del tamaño de la familia e ingresos es correcta. Se requieren copias de la identificación, declaraciones de ingresos, recibos de pago de nómina y demás información que compruebe los ingresos de cada miembro de la familia, y prueba de la residencia, antes de aprobar el descuento. Comprendo que, con base en la anterior información, puede que no sea elegible para asistencia financiera. Comprendo que yo debo hacer seguimiento para calificar para asistencia financiera. Si no soy elegible para asistencia financiera, comprendo que seré responsable por el saldo de mis cuentas. Tenga en cuenta que los costos directos, como dispositivos intrauterinos y fármacos pueden no ser cubiertos por la tarifa escalonada.

Nombre en letra imprenta del paciente o guardián _____ **Firma del paciente o guardián** _____ **Fecha** _____

-- PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE --						
Paciente aprobado para:	<input type="checkbox"/> Plan A	<input type="checkbox"/> Plan B	<input type="checkbox"/> Plan C	<input type="checkbox"/> Plan D	<input type="checkbox"/> Plan E	<input type="checkbox"/> Plan F (NJ LOA)
Aprobado y verificado por (letra de imprenta)	Firma del personal			Fecha	Válido hasta	

Solicitud de asistencia financiera – Página 2

Fecha: / / _____
Apellido del paciente Nombre del paciente

Sección I: Toda la información se mantendrá en estricta confidencialidad

Ingreso familiar anual \$ _____

Ingreso familiar mensual (Dividir el anual por 12) \$ _____

Scale Level	A	B	C	D	E	F**
Salud del comportamiento	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	\$ 100.00
Médica	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Podología	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Servicios especializados*	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Nutrición	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
Radiología	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
Mamografía	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
Odontología	\$ 49.00	40%	50%	55%	60%	100%
Tarifa de dispensación en farmacia	\$ 2.00	\$ 4.00	\$ 6.00	\$ 8.00	\$ 10.00	100%
Nivel de escala	A	B	C	D	E	F**
Nivel de pobreza 2020	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Tamaño de la familia	Ingreso Maximo anual					
1	12,760	15,950	19,140	22,330	25,520	31,900
2	17,240	21,550	25,860	30,170	34,480	43,100
3	21,720	27,150	32,580	38,010	43,440	54,300
4	26,200	32,750	39,300	45,850	52,400	65,500
5	30,680	38,350	46,020	53,690	61,360	76,700
6	35,160	43,950	52,740	61,530	70,320	87,900
7	39,640	49,550	59,460	69,370	79,280	99,100
8	44,120	55,150	66,180	77,210	88,240	110,300
9	48,600	60,750	72,900	85,050	97,200	121,500
10	53,080	66,350	79,620	92,890	106,160	132,700
11	57,560	71,950	86,340	100,730	115,120	143,900
12	62,040	77,550	93,060	108,570	124,080	155,100
13	66,520	83,150	99,780	116,410	133,040	166,300
14	71,000	88,750	106,500	124,250	142,000	177,500
Cada persona	\$4,480.00	\$5,600.00	\$6,720.00	\$7,840.00	\$8,960.00	\$11,200.00

* En los anteriores costos no incluyen los costos directos de fármacos y dispositivos intrauterinos, serán responsabilidad del paciente

** El programa de descuento de NJ Aid para niveles de ingresos de 200 % a 250 % solo está disponible para residentes de NJ.

Firma del paciente o guardián: _____ Fecha _____

Firma del personal de Chemed: _____ Fecha _____