



INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE

¿POR QUÉ DEBO INSCRIBIRME EN EL PROGRAMA?

Neighborhood Health Center (NHC) ofrece servicios con descuento a pacientes que viven en o por debajo del 200% de las Normas Federales de Pobreza (FPG) más actuales. La elegibilidad para participar en el programa se basa solo en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia del paciente, en lo que se refiere a las Normas Federales de Pobreza. Se anima a todos los pacientes a que presenten su solicitud, incluidos los pacientes con seguro. Los descuentos se aplican a todos los servicios de NHC que se brindan directamente en las clínicas de NHC y a los que se ofrecen en referencia. Los descuentos varían según la clase de pago con descuento asignada al paciente (consulte Clases de descuento A-D en la tabla de ingresos mensuales a continuación) y el servicio que utiliza el paciente en el momento de la cita (es decir, salud médica, dental o conductual). Tómese un momento para revisar esta hoja de información antes de completar su solicitud. Si tiene preguntas, solicite ayuda de un miembro del personal de NHC.

¿A QUIÉN DEBO INCLUIR EN MI TAMAÑO FAMILIAR?



NHC define a una familia como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que se apoyan económicamente unas a otras.

No incluya:

- Miembros de la familia que no viven con usted
- Miembros de la familia que son económicamente independientes

¿Aún no estás seguro de a quién incluir? ¡Pregúntanos!

¿QUÉ ES UNA PRUEBA ACEPTABLE DE INGRESOS?

Para cada miembro que aporte ingresos a la familia, adjunte al menos uno de los siguientes documentos a su aplicación:

- ✓ Dos (2) semanas de talones de pago más recientes
- ✓ Talones de cheques del seguro de desempleo
- ✓ Año anterior W-2
- ✓ Declaración de impuestos completada del año anterior
- ✓ Documentación emitida por el gobierno para otros ingresos no salariales como Seguro Social, Compensación al trabajador, Asistencia en efectivo, Manutención infantil, Pensión alimenticia, Beneficios de veteranos, Jubilación o Pensión
- ✓ Tres (3) meses anteriores de extractos bancarios
- ✓ Carta del empleador
- ✓ Si trabaja por cuenta propia: declaración de impuestos del año anterior o extractos bancarios de los tres (3) meses más recientes

¿QUÉ DESCUENTO RECIBIRÉ?

A continuación, se muestra una tabla que muestra las Normas Federales de Pobreza (FPG) de 2024. Solo los pacientes que reporten un ingreso familiar igual o inferior al 200% de las FPG calificarán. Las columnas A - D son elegibles para servicios con descuento. La columna E (por encima del 200% FPG) debe pagar la totalidad de los cargos y no recibirá un descuento. Si pertenece a la Columna E, no es elegible para participar en el programa.

INGRESO MENSUAL											
Clase de Descuento		A		B		C		D		E	
FPG		0-100%		>100-133%		>133-166%		>166-200%		>200%	
Tamaño de la Familia	1	\$0	\$1,255	\$1,256	\$1,669	\$1,670	\$2,083	\$2,084	\$2,510	\$2,511	y arriba
	2	\$0	\$1,703	\$1,704	\$2,265	\$2,266	\$2,828	\$2,829	\$3,407	\$3,408	y arriba
	3	\$0	\$2,152	\$2,153	\$2,862	\$2,863	\$3,572	\$3,573	\$4,303	\$4,304	y arriba
	4	\$0	\$2,600	\$2,601	\$3,458	\$3,459	\$4,316	\$4,317	\$5,200	\$5,201	y arriba
	5	\$0	\$3,048	\$3,049	\$4,054	\$4,055	\$5,060	\$5,061	\$6,097	\$6,098	y arriba
	6	\$0	\$3,497	\$3,498	\$4,651	\$4,652	\$5,804	\$5,805	\$6,993	\$6,994	y arriba
	7	\$0	\$3,945	\$3,946	\$5,247	\$5,248	\$6,549	\$6,550	\$7,890	\$7,891	y arriba
	8	\$0	\$4,393	\$4,394	\$5,843	\$5,844	\$7,293	\$7,294	\$8,787	\$8,788	y arriba
	9	\$0	\$4,842	\$4,843	\$6,439	\$6,440	\$8,037	\$8,038	\$9,683	\$9,684	y arriba
	10	\$0	\$5,290	\$5,291	\$7,036	\$7,037	\$8,781	\$8,782	\$10,580	\$10,581	y arriba

FPG: Pautas federales de pobreza, publicadas por HHS, efectiva 01/17/2024
Para familias / hogares con más de 10 personas, agregue \$448 por cada persona adicional

EJEMPLO 1

Susan es madre soltera de dos niños pequeños. Susan también se preocupa por su madre, que vive con ella y sus hijos. El tamaño de la familia de Susan es 4. Susan es la única persona de su familia que obtiene ingresos. Susan gana \$2,700 por mes en ingresos. Susan pertenece a la clase de descuento B.

EJEMPLO 2

José está casado con su esposa Miranda. Tienen tres hijos pequeños que viven con ellos. José gana \$2,800 por mes en su trabajo. La esposa de José gana \$2,700 dólares al mes. Juntos, la pareja gana \$5,500 por mes. El tamaño de la familia de José es 5. José pertenece a la clase de descuento D.

¿QUÉ SOY RESPONSABLE DE PAGAR?

Una vez que sepa a qué clase de descuento pertenece (A-D), los descuentos varían según el servicio que esté utilizando en el momento de su servicio. Los servicios se dividen en grupos e incluyen salud médica, salud dental, salud reproductiva, salud conductual, y servicios de farmacia. Se aplican descuentos a los servicios clínicos. Tenga en cuenta que los suministros y equipos dentales y de farmacia tienen descuentos separados porque no son servicios clínicos.

	A	B	C	D	E
Servicios Médicos y de Farmacia	\$25	\$35	\$40	\$45	100% de las cargas completas
Servicios de Salud Reproductiva	\$0	SOLICITE VER EL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS EN SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA			
Servicios Dentales*	\$25	50% de las cargas completas	60% de las cargas completas	70% de las cargas completas	100% de las cargas completas
Suministros y Equipos Dentales*	50% de las cargas completas	50% de las cargas completas	60% de las cargas completas	70% de las cargas completas	100% de las cargas completas
Servicios de Salud Conductual	\$5	\$10	\$15	\$20	100% de las cargas completas
Tarifas de Medicamentos recetados y dispensados en farmacia***	Tarifa de dispensación de \$5 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$8 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$10 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$12 + costo de medicamentos con descuento	100% de las cargas completas

*Un pago de \$25 al momento del servicio

**Pídale a su farmacéutico una cotización sobre sus medicamentos. Llame a 503-941-3160 para más información.

EJEMPLO 1

Pertezco a la clase de descuento B. Vine hoy para una visita médica con mi médico. Soy responsable de pagar \$35 por mi visita. NHC ajustará el resto de mis cargos de modo que \$35 sea mi única responsabilidad.

EJEMPLO 2

Pertezco a la clase de descuento C. Vine hoy para un examen dental y una limpieza. El total de estos cargos fue de \$300. Soy responsable de pagar el 60% de estos cargos. NHC ajustará el resto de mis cargos para que \$180 sea mi única responsabilidad (\$180 = 60% de los \$300 cargos).

EJEMPLO 3

Pertezco a la clase de descuento D. Vine hoy a una cita para hablar sobre mi diabetes con mi proveedor de comportamiento. Soy responsable de pagar \$5 por mi visita. NHC ajustará el resto de mis cargos para que \$5 sea mi única responsabilidad.

EJEMPLO 4

Pertezco a la clase de descuento A. Me gustaría hablar con mi médico sobre anticonceptivos. Este servicio es gratuito por lo que no debo nada por la visita.

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

El programa de descuentos anterior no se aplica a los servicios de salud reproductiva ofrecidos en NHC. La Autoridad de Salud de Oregón (OHA) ha desarrollado un programa separado de descuentos para estos servicios. Si el ingreso de su familia es igual o inferior al 250 % de las pautas federales de pobreza (FPG), califica para recibir servicios de salud reproductiva con descuento. Si el ingreso de su familia es igual o inferior al 100% de FPG, estos servicios son de uso gratuito. Consulte el TABLA DE DESCUENTOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA para conocer los descuentos.



NECESITO MÁS INFORMACIÓN

¿No está seguro de a quién incluir en el tamaño de su familia? ¿No está seguro de qué traer para demostrar sus ingresos? ¿No está seguro para qué clase de descuento calificará? ¿No está seguro de lo que se le cobrará por un servicio específico?

Pídale al personal de recepción de su clínica NHC que responda cualquier pregunta adicional que tenga.