



# Sliding Fee Discount Program

Desert Senita Community Health Center ofrece un programa de descuento (Sliding Fee Discount Program, en inglés) por servicios en todos nuestros Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés). Sliding Fee Discount Program se ofrece a todos los pacientes independientemente de su habilidad de pago. El programa es basado únicamente en el tamaño e ingreso de la familia.

**Tamaño de Familia:** Favor de traer lo siguiente para determinar el tamaño de familia:

- Identificación con Fotografía:** para todos los miembros de la familia.
  - Licencia de conducir, o
  - ID con foto expedida por el gobierno estatal o federal, o
  - ID de alguna tribu, o
  - ID escolar con foto
- Otras Formas de Identificación:** para todos los miembros de la familia.
  - Certificado de nacimiento o copia certificada de Estados Unidos, o
  - Pasaporte de Estados Unidos, o
  - Certificado de naturalización de Estados Unidos, o
  - Tarjeta de Residente Permanente, o
  - Record oficial de servicio militar en Estados Unidos, o
  - Visa, o
  - Formulario de Auto-Declaración, utilizada solo en circunstancias especiales en donde el solicitante sea indigente o no pueda proporcionar algún documento de identificación.
- Dirección Residencial:**
  - Recibo reciente de servicios del hogar con nombre y dirección del solicitante, o
  - Si no cuenta con recibos de servicios del hogar a su nombre, favor de traer una carta del dueño del hogar confirmando que usted vive en el lugar.

**Ingreso:** Favor de traer lo siguiente para determinar el ingreso de los miembros de la familia:

- Ingreso:** para todos los miembros de la familia.
  - Documentación de los últimos 30 días de todo el ingreso bruto (ingreso antes de deducciones) para todos los miembros de la familia.
    - Talones de cheque: 5 talones de cheque si el pago es semanal, 3 talones si el pago es quincenal, o 2 talones si el pago es mensual, o
    - Carta de Beneficios del Seguro Social, o
    - Estado de cuenta bancaria, o
    - Documentación de declaración de impuestos, o
    - Pensión Alimenticia, Manutención Infantil, Distribución Militar o Familiar, o
    - Formulario de Auto-Declaración, utilizada solo en circunstancias especiales donde el solicitante sea indigente o no pueda proporcionar verificación de ingresos.
- Otro Seguro Medico:**
  - Tarjetas de Seguro Médico y/o Dental para todos los miembros de la familia.



# Sliding Fee Discount Program

Desert Senita Community Health Center utiliza las Pautas Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para crear y actualizar el programa y así determinar elegibilidad. Sliding Fee Discount Program se aplica uniforme, consistente y por igual para todos los pacientes elegibles.

## FEDERAL POVERTY GUIDELINES FOR 2021

### Family Size

(Tamaño de Familia) < === INCOME RANGE (ESCALA DE INGRESO ECONOMICO) === >

	A (< or = 100% FPL)	B (101-133% FPL)	C (134-167% FPL)	D (168-200% FPL)	>200% FPL
1	0 to 12,880	\$12,881 to 17,130	\$17,131 to 21,510	\$21,511 to 25,760	\$25,761 & Up
2	0 to 17,420	\$17,421 to 23,169	\$23,170 to 29,091	\$29,092 to 34,840	\$34,841 & Up
3	0 to 21,960	\$21,961 to 29,207	\$29,208 to 36,673	\$36,674 to 43,920	\$43,921 & Up
4	0 to 26,500	\$26,501 to 35,245	\$35,246 to 44,255	\$44,256 to 53,000	\$53,001 & Up
5	0 to 31,040	\$31,041 to 41,283	\$41,284 to 51,837	\$51,838 to 62,080	\$62,081 & Up
6	0 to 35,580	\$35,581 to 47,321	\$47,322 to 59,419	\$59,420 to 71,160	\$71,161 & Up
7	0 to 40,120	\$40,121 to 53,360	\$53,361 to 67,000	\$67,001 to 80,240	\$80,241 & Up
8	0 to 44,600	\$44,601 to 59,318	\$59,319 to 74,482	\$74,483 to 89,200	\$89,201 & Up

\*\*For family units with more than 8 members, add \$4,540 for each additional person.

\*\*Para unidades de familia con mas de 8 miembros, sume \$4,540 por cada miembro adicional.

Fecha Vigente 1/13/2021

**AVISO:** Si un paciente ha recibido servicios antes de solicitar Sliding Fee Discount Program, tiene un periodo de 7 días hábiles después de esos servicios para hacer una cita con el Especialista en Elegibilidad o su designado.

**Cita:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_

Para cualquier pregunta, favor de contactar a nuestro Especialista en Elegibilidad al (520)387-5651 ext. 3354.