Instrucciones del Programa de Descuento de Tarifa Variable

El Programa de Escala Móvil de Tarifas se proporcionará a los pacientes elegibles en función de su capacidad de pago. La capacidad de pago está determinada por el tamaño del hogar y el ingreso bruto anual del hogar. La Lista de Tarifas Variables se basa en las Pautas Federales de Pobreza publicadas más recientemente, emitidas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

A los efectos del Programa de Descuento de Tarifa Variable, el término "hogar" se define como cualquier persona, relacionada o no relacionada, que viva en la misma vivienda y que comparta los gastos del hogar. Esta definición incluye a los compañeros de cuarto no emparentados (no universitarios) que comparten el costo del alquiler, los servicios públicos, la comida o los suministros del hogar. Las personas que residen en una pensión, residencia u otra vivienda donde los gastos del hogar son completamente independientes no se consideran un hogar. Si el solicitante es un hogar monoparental y reclama hijos dependientes en el hogar, el solicitante debe proporcionar prueba de manutención infantil o la razón por la cual no recibe manutención infantil para sus hijos. Por favor, indíquelo en la sección de consideración especial a continuación.

La definición de ingreso bruto del hogar es el total de los ingresos anuales en efectivo antes de impuestos de todas las fuentes, incluidos los salarios, la asistencia pública, el desempleo, los pagos de jubilación, el Seguro Social, la manutención de los hijos, etc.: pero excluyendo los regalos, los recibos de la venta de propiedades o los beneficios no monetarios como Medicaid, cupones de alimentos, vivienda pública, etc. (Departamento de Salud y Servicios Humanos).

Los ingresos de los hijos mayores de 19 años que aún viven en el hogar deben incluirse en los ingresos totales de la familia.

Debe proporcionar la mayor cantidad posible de los documentos que se enumeran a continuación para cada persona en el hogar que contribuya a los gastos del hogar.

- Declaración de impuestos federales 1040 más reciente (no se aceptan formularios W-2)
- Dos **talones de pago más recientes (o cualquier otra forma de verificación de cheques de pago)**
- Estados de cuenta bancarios: valor de un mes
- Carta de Adjudicación del Seguro Social para el Año en Curso
- Ingresos por discapacidad
- Declaración de Determinación de Beneficios por Desempleo
- Ingresos de manutención de los hijos
- Ingresos por pensión alimenticia
- Documentación de Pago(s) de Jubilación
- Estado de cuenta mensual de la pensión o 1099 más reciente
- Cheques de Compensación para Trabajadores
- Carta de Adjudicación/Estipendio/Carta de Adjudicación de Ingresos de Préstamos Estudiantiles (para estudiantes)
- Rentas de Alquiler y Contratos de Terrenos
- Pago en efectivo por servicios prestados (cuando no se emite un 1099)

Si no tiene ningún ingreso o no tiene hogar, incluya una carta de la persona que lo apoye con la solicitud. Si no tiene una persona de apoyo, comuníquese con la Oficina de Facturación (330-797-0070) para completar la solicitud.

En cuanto a la aprobación:
Si se aprueba, se le pedirá que vuelva a verificar el tamaño de su hogar y sus ingresos brutos anualmente para continuar recibiendo la escala móvil de tarifas. También está obligado a comunicarse con la oficina de facturación de Meridian Healthcare si cambian sus ingresos o el estado de su hogar.

Si no trae la documentación adecuada, puede "autodeclarar" sus ingresos para una visita inicial. La autodeclaración solo es aceptable para una visita inicial. Se le cobrará por la visita inicial de acuerdo con sus ingresos reportados. Si se autodeclara, deberá completar la solicitud de descuento de tarifa variable antes de su próxima visita o dentro de los 30 días, lo que ocurra primero. La elegibilidad final se aplicará a futuras visitas a menos que sus circunstancias cambien.

Cualquier persona que no esté dispuesta a proporcionar la documentación adecuada puede no ser elegible para participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable y deberá pagar el 100% de los cargos.

Todos los solicitantes sin seguro recibirán asistencia para solicitar seguros disponibles públicamente, como Medicaid. Si no se completa o se niega a completar el proceso de solicitud, se volverá a determinar la elegibilidad en el Programa de Descuento de Tarifa Variable.

Con respecto al pago, si se aprueba:
Tendrá que realizar el pago con descuento en el momento del servicio. Se espera que haga esfuerzos continuos para pagar los saldos. Se le facturará de manera coherente con las políticas de pago y cobro similares a las de otras empresas. Se le facturará mensualmente y se espera que las cuentas se mantengan al día. Después de 90 días de inactividad de la cuenta, nos pondremos en contacto con usted en relación con su saldo pendiente.

MERIDIAN HEALTHCARE
THE POWER OF CARE

Aplicación de descuento de tarifa variable

La política de Meridian Healthcare es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a los servicios recibidos en este centro, pero no a los servicios o equipos que se compran en el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor y otros servicios similares. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre del Jefe de Familia		Lugar de empleo
Calle		Ciudad
Estado	Cremallera	Teléfono

Enumere al cónyuge y a los dependientes menores de 18 años:

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Propio		Dependiente	
Esposo		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Ingreso anual del hogar:

Fuente	Propio	Esposo	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos para veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia para la manutención de los hijos fuera del hogar y otras fuentes misceláneas				

Ingresos totales				

***NOTA: Se deben requerir copias de declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.**

MERIDIAN HEALTHCARE
THE POWER OF CARE

Auto-Declaración/Declaración Social

Fuente de ingresos (indique el nombre del empleador u otra fuente de ingresos):	
Ganancias brutas mensuales para **Hogar** *(antes de impuestos):* **$**	*¿Con qué frecuencia recibes tus ingresos?* ☐ **Diario** ☐ **Semanal** ☐ **Quincenal** ☐ **Bimestral** ☐ **Mensual**
¿Su vivienda ha cambiado drásticamente en el último año? ☐ **Sí** ☐ **No**	*Si es así, ¿cómo?*

Declaración jurada

Al firmar a continuación, doy fe de que, a partir de la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas constituyen todos los ingresos de mi hogar, y que los miembros del hogar enumerados dependen únicamente de esos ingresos, o que la explicación proporcionada para verificar mi nivel de ingresos es veraz y correcta.

Nombre (en letra de imprenta)	Firma	Fecha

MERIDIAN HEALTHCARE
THE POWER OF CARE

SOLO PARA USO

Nombre del paciente:		Descuento aprobado:	
Aprobado por:		Fecha de aprobación:	

Lista de verificación

	Sí	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo u otra	☐	☐
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes u otro	☐	☐
Seguros: Tarjetas de seguro	☐	☐

Meridian Healthcare
Escala móvil de tarifas - 2025

Categoría de diapositiva		Un	B	C	D	N/A
Nivel de pobreza		0 - 100%	> 100 - 150%	> 150 - 175%	> 175 - 200%	> 200%
	Cuota por familia miembro, por visita	Cuota nominal $10	País del paciente $15	País del paciente $20	País del paciente $25	100% de los cargos
Tamaño de la familia	Ingresos inferiores a	Ingresos inferiores a	Ingresos inferiores a	Ingresos inferiores a	Ingresos inferiores o inferiores a igual a	Ingresos superiores a
1	Anual (hasta)	$ 15,650.00	$ 23,475.00	$ 27,387.50	$ 31,300.00	$ 31,300.00
	Mensual	$ 1,304.17	$ 1,956.25	$ 2,282.29	$ 2,608.33	$ 2,608.33
	Semanal	$ 300.96	$ 451.44	$ 526.68	$ 601.92	$ 601.92
2	Anual (hasta)	$ 21,150.00	$ 31,725.00	$ 37,012.50	$ 42,300.00	$ 42,300.00
	Mensual	$ 1,762.50	$ 2,643.75	$ 3,084.38	$ 3,525.00	$ 3,525.00
	Semanal	$ 406.73	$ 610.10	$ 711.78	$ 813.46	$ 813.46
3	Anual (hasta)	$ 26,650.00	$ 39,975.00	$ 46,637.50	$ 53,300.00	$ 53,300.00
	Mensual	$ 2,220.83	$ 3,331.25	$ 3,886.46	$ 4,441.67	$ 4,441.67
	Semanal	$ 512.50	$ 768.75	$ 896.88	$ 1,025.00	$ 1,025.00
4	Anual (hasta)	$ 32,150.00	$ 48,225.00	$ 56,262.50	$ 64,300.00	$ 64,300.00
	Mensual	$ 2,679.17	$ 4,018.75	$ 4,688.54	$ 5,358.33	$ 5,358.33
	Semanal	$ 618.27	$ 927.40	$ 1,081.97	$ 1,236.54	$ 1,236.54
5	Anual (hasta)	$ 37,650.00	$ 56,475.00	$ 65,887.50	$ 75,300.00	$ 75,300.00
	Mensual	$ 3,137.50	$ 4,706.25	$ 5,490.63	$ 6,275.00	$ 6,275.00
	Semanal	$ 724.04	$ 1,086.06	$ 1,267.07	$ 1,448.08	$ 1,448.08
6	Anual (hasta)	$ 43,150.00	$ 64,725.00	$ 75,512.50	$ 86,300.00	$ 86,300.00
	Mensual	$ 3,595.83	$ 5,393.75	$ 6,292.71	$ 7,191.67	$ 7,191.67
	Semanal	$ 829.81	$ 1,244.71	$ 1,452.16	$ 1,659.62	$ 1,659.62
7	Anual (hasta)	$ 48,650.00	$ 72,975.00	$ 85,137.50	$ 97,300.00	$ 97,300.00
	Mensual	$ 4,054.17	$ 6,081.25	$ 7,094.79	$ 8,108.33	$ 8,108.33
	Semanal	$ 935.58	$ 1,403.37	$ 1,637.26	$ 1,871.15	$ 1,871.15
8	Anual (hasta)	$ 54,150.00	$ 81,225.00	$ 94,762.50	$ 108,300.00	$ 108,300.00
	Mensual	$ 4,512.50	$ 61.00	$ 7,896.88	$ 9,025.00	$ 9,025.00
	Semanal	$ 1,041.35	$ 1,562.02	$ 1,822.36	$ 2,082.69	$ 2,082.69
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	$ 5,500.00	$ 8,250.00	$ 9,625.00	$ 11,000.00	$ 11,000.00
	Mensual	$ 458.33	$ 687.50	$ 802.08	$ 916.67	$ 916.67
	Semanal	$ 105.77	$ 158.65	$ 185.10	$ 211.54	$ 211.54