



43322 Gingham Avenue Suite 105  
Lancaster, CA 93535  
Ph. (661) 874-4050  
Fx. (888)977-1571

### **¿Qué es la escala de descuentos?**

Una escala de descuentos es aplicada a los servicios de un sitio, basado en políticas escritas que es no discriminatoria. La escala de descuentos aborda la necesidad de cargos equitativos por servicios a los pacientes. Para determinar la escala de descuento para la que calificas utilizamos tu ingreso anual bruto para calcular el nivel federal de pobreza de acuerdo a las directrices federales más actuales, para ver las directrices más actuales visite la página web:

<http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>

Podemos proveer la escala de descuento sobre pedido.

### **¿Por qué una escala de descuento?**

Los requerimientos federales describen que una escala de descuentos localmente determinada debe ser utilizada, y que los servicios proveídos sean sin costo o con una cuota nominal como sea determinada por el proveedor.

### **¿Cómo me inscribo en la escala de descuentos?**

Traiga comprobante si califica para algún programa de asistencia pública estatal o federal por ejemplo:

- Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDi).
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Programa de comida escolar gratuita o reducida.
- Otros programas de asistencia pública.

Si no tienes seguro y quieres inscribirte debes llenar la solicitud y proveer un:

**Comprobante de ingresos actual** (talon de cheque, w-2 o 1099, declaración de impuestos),

**Information de dependientes** (Nombre, fecha de Nacimiento and relacion )

Con estos documentos podemos ayudarte a llenar la solicitud y te dejaremos saber el mismo día cual es la escala de descuento para la que calificas.

**\*La escala de descuento es revisada y actualizada cada año desde la fecha de inscripción.**

**FOR STAFF USE ONLY. APPLICANT IS APPLYING FOR:**

	SLIDING FEE SCALE PRIMARY CARE
	SLIDING FEE SCALE BEHAVIORAL HEALTH
	SLIDING FEE SCALE PAIN MANAGEMENT
	SLIDING FEE SCALE PSYCHIATRY
	SLIDING FEE SCALE HOMELESS
	SLIDING FEE SCALE PODIATRY
	SLIDING FEE SCALE OB/GYN
	SLIDING FEE SCALE RYAN WHITE
	SLIDING FEE SCALE ORTHOPEADIC



**Yo certifico que la información anterior es verdadera y precisa.**

Nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Solicitante /Yo

Dependientes:    Nombre: \_\_\_\_\_    Relacion: \_\_\_\_\_    Fecha    de

Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_    Relacion: \_\_\_\_\_    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_    Relacion: \_\_\_\_\_    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_    Relacion: \_\_\_\_\_    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_    Relacion: \_\_\_\_\_    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_    Relacion: \_\_\_\_\_    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tamaño de la unidad familiar (incluye solicitante): \_\_\_\_\_

**For Office Use Only /Para uso de Personal Autorizado**

**Annual Gross Income: \$** \_\_\_\_\_

**Affidavit:**    \_\_\_\_\_ Affidavit of Income    \_\_\_\_\_ Support Affidavit    \_\_\_\_\_ **No Income** Affidavit    \_\_\_\_\_ Self Employment

**Proof of income**

Paystub     Award Letter     1099 Form     Tax Return     w-2 Form

Disability     Cash Aid/Calfresh     Other Income: \_\_\_\_\_

Alimony     Child Support     Social Security     TANF     General Relief (GR)

**% Of FPL:** \_\_\_\_\_    **Sliding Fee Schedule:** \_\_\_\_\_    **Copay: \$** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
BACHC Staff Name

\_\_\_\_\_  
BACHS Staff Signature

# SLIDING FEE SCALE CALCULATION SHEET

CALCULATIONS ARE USED TO DETERMINE THE YEARLY INCOME

MONTHLY

\_\_\_\_\_ X 1 = \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ X 12 = \_\_\_\_\_

FAMILY UNIT SIZE

(INCLUDING SELF)

\_\_\_\_\_

SLIDING FEE SCALE COPAY

\_\_\_\_\_

SFS (PLEASE CIRCLE): A B C D E F

WEEKLY

\_\_\_\_\_ X 4.33 = \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ X 12 = \_\_\_\_\_

FAMILY UNIT SIZE

(INCLUDING SELF)

\_\_\_\_\_

SLIDING FEE SCALE COPAY

\_\_\_\_\_

SFS (PLEASE CIRCLE): A B C D E F

BI-WEEKLY

\_\_\_\_\_ X 2.167 = \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ X 12 = \_\_\_\_\_

FAMILY UNIT SIZE

(INCLUDING SELF)

\_\_\_\_\_

SLIDING FEE SCALE COPAY

\_\_\_\_\_

SFS (PLEASE CIRCLE): A B C D E F

SEMI-MONTHLY

\_\_\_\_\_ X 2 = \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ X 12 = \_\_\_\_\_

FAMILY UNIT SIZE

(INCLUDING SELF)

\_\_\_\_\_

SLIDING FEE SCALE COPAY

\_\_\_\_\_

SFS (PLEASE CIRCLE): A B C D E F

FOR STAFF USE ONLY

BACHC STAFF: \_\_\_\_\_ BACHC SUPERVISOR \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PLEASE ATTACH FORM TO THE SLIDING FEE SCALE APPLICATION