



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313  
2710 Harney St, Ste 202 & 204 | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161  
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434  
820 E. 17<sup>th</sup> St. | Cheyenne, WY 82001

## Escala Variable de tarifas

Apreciamos su interés en el programa de escala variables de EHCW. Este programa está destinado a ayudar a quienes están por debajo del 200% del FPL a diferir algunos de los gastos médicos de bolsillo para personas con o sin seguro. Para calificar, requerimos que proporcione documentación de los ingresos de su hogar y complete la solicitud adjunta. Si desea solicitar un descuento en la escala variable, siga las instrucciones a continuación, complete la solicitud adjunta y proporcione la documentación solicitada. Puede calificar para reducciones de tarifas retroactivamente antes de la fecha de recepción de su solicitud si proporciona la documentación adecuada **dentro de los 7 días**.

**Paso 1.** Complete la Solicitud de tarifa variable debe incluir a todos los miembros del hogar y firmar su solicitud.

**Paso 2.** Proporcione prueba de sus ingresos. Proporcione los siguientes documentos para cada miembro del hogar (relacionados y no relacionados) mayores de 18 años para demostrar los ingresos del hogar. Los miembros del hogar deberán proporcionar una copia de uno o más, según corresponda, para la verificación de ingresos:

- **Declaración de impuestos sobre la renta** : una copia firmada de la declaración de impuestos más reciente que muestre el ingreso bruto ajustado.
- **Talones de cheque de pago** : Talones de pago más recientes que indican el salario bruto (que cubren el período de trabajo de los últimos tres meses).
- **Carta de la agencia** : una carta de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos o la Agencia de Servicios Sociales (es decir, AFDC, Cupones para Alimentos o WIC) que indica el nivel de ingresos.
- **Verificación de desempleo** : documentación de la Comisión de Seguridad del Empleo (ESC) que demuestra el estado de desempleo y el monto de la compensación por desempleo recibida.
- **Documentos judiciales** : documentos oficiales que citan la manutención de los hijos o la pensión alimenticia otorgada por un juez, acompañados de una declaración de ejecución de la manutención de los hijos que indique el monto recibido.
  - En la situación en la que un paciente busca servicios y se identifica como separado de su cónyuge, se le solicitará al paciente documentación legal como un acuerdo de separación legal o una solicitud de divorcio, pero no será obligatoria si lo declara él mismo.
- **Documentación oficial** : documentación que documenta los beneficios de jubilación, discapacidad y SSI.
- **Carta del empleador** : se puede aceptar una carta del empleador del paciente que detalla los ingresos brutos actuales y la frecuencia de los períodos de pago para aquellos que no reciben un cheque de pago real. Se debe proporcionar información de contacto para que se pueda verificar la información. (Preferiblemente en papel con membrete comercial).
- **Para pacientes sin trabajo u otra fuente de ingresos** : una carta de una agencia, amigo, pariente o empleador anterior que conozca la situación y no viva con el solicitante. La carta debe incluir el nombre y la dirección del autor (número de teléfono si está disponible), así como una fecha actual o reciente (es decir, no de 2003).
- **Autodeclaración** : es aceptable si no se puede proporcionar otra información; se debe completar el formulario de autocertificación.
- **Menores** : los menores que soliciten SFDS pueden declararse como un hogar separado cuando busquen servicios de salud reproductiva. Para incluir, entre otros, pruebas de ETS, embarazo, anticonceptivos, etc.

**Paso 3 .** Devuelva su Solicitud de la escala variable junto con la documentación de respaldo utilizando una de las formas que se enumeran a continuación:

- Dejar en cualquiera de nuestras clínicas del Centro Educativo de Salud de Wyoming (EHCW).
- Envíelo por correo a cualquiera de nuestras clínicas mencionadas anteriormente, con atención al Gerente Comercial de Recepción.

**Paso 4 . Notificación al paciente sobre la calificación:** su solicitud será procesada y recibirá una carta o correo electrónico (basado en la respuesta a la pregunta en la diapositiva de la solicitud de tarifa) explicando si califica según su solicitud. Nos comunicaremos con usted por teléfono, correo postal o correo electrónico si se necesita documentación adicional. Espere hasta 10 días para procesar su solicitud después de recibirla.

Si se determina que usted no califica para nuestro programa de escala variables, será responsable de los cargos acumulados. Si se determina que usted califica para nuestro programa de escala variables, se le otorgará un crédito si pagó de más por su visita a la clínica y no tiene otras facturas pendientes.



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313  
2710 Harney St, Ste 202 & 204 | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161  
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434  
820 E. 17<sup>th</sup> St. | Cheyenne, WY 82001

**Appendix A: Sliding Fee Discount Schedule Eligibility Determination Form**

Paciente Nombre:		Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año: / /	
<b>Información de miembros de Familia, por favor anote a todos que vive en el hogar.</b>			
Paciente	Nombre completo	Número de Cuenta (Únicamente para uso de oficina)	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
Sí / No			/ /
<b>Tamaño de Familia para Deslizar Cálculos</b>			

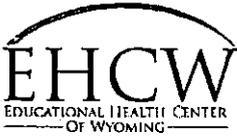
Si necesario, listar más hogares miembros en otra hoja.

<b>Ingreso de Familia:</b>			
Frecuencia de Ingreso	Tipo de Ingreso	Cantidad de ingresos	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		<b>Per Month</b>	<b>Per Year</b>
<b>Sliding Fee Scale Total Income</b>		\$	\$

¿Estas renovando su descuento de tarifa variable?  No  Sí *En caso afirmativo, continúe con próximas preguntas.*  
 ¿Tiene algo prevenido te asistencia sanitaria en los últimos 6 meses?  No  Sí  
 Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Hacer nuestro descuento te ha permitido que tú recibas el cuidado de la salud tú necesidad?  No  Sí  
 Si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>For office use only:</b>						
Sliding Fee Scale Honored (circle one) Level 1    Level 2    Level 3    Level 4    Level 5    Level 6						
Length of Sliding Fee Scale Honored:				Slide Expiration Date: / /		
Comments:						



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313  
2710 Harney St, Ste 202 & 204 | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161  
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434  
820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

## Carta de certificación sin ingresos

El Centro Educativo de Salud de Wyoming (EHCW) permite a los pacientes declarar por sí mismos si actualmente están desempleados y/o no reciben ingresos en el momento del servicio. Complete la información a continuación para respaldar esta autocertificación. Si no responde a estas preguntas, su solicitud puede ser rechazada.

1. ¿Cuánto tiempo lleva desempleado y/o sin ingresos?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su estado actual?  Buscando trabajo  Solicitando incapacidad  Despido temporal  Estudiante de tiempo completo  Otro: (Por favor explique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Recibe beneficios o asistencia con los gastos de manutención por cualquiera de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda.)

Alquiler/vivienda  Asistencia energética  Cupones para alimentos (SNAP)  Desempleo  
 Amigos/Familia  TANF  Iglesias  Organización sin fines de lucro  
 Manutención infantil  Préstamos estudiantiles  Refugios  Otro: \_\_\_\_\_

4. Si no recibe asistencia de ninguno de los anteriores, ¿cómo paga sus gastos básicos de subsistencia? (Ej: alquiler, servicios públicos, comida, ropa, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy fe de que actualmente no tengo ingresos que declarar en este momento de servicio de atención en EHCW. Entiendo que si mi situación económica cambia, soy el único responsable de informarlo en mi próxima visita. Toda la información que proporcioné en esta solicitud, incluida mi declaración de autodeclaración, es veraz, correcta y está sujeta a confirmación por parte de EHCW. Cualquier declaración falsa o intento percibido de engañar puede resultar en la denegación de beneficios de tarifas variables; cualquier saldo del paciente será mi responsabilidad.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_