

برنامج خصم الرسوم المتدرج (الدخل المنخفض)

مرحبًا بكم في مركز هاريسونبرج الصحي المجتمعي . نحن نقدم رعاية صحية طبية وعناية بالأسنان بأسعار ميسرة من خلال استخدام برنامج خصم الرسوم المتدرج (الدخل المنخفض) للأفراد والأسر الذين ليست لديهم تأمين صحي أو لديهم تأمين صحي باهض التكلفة وبالتالي يكونوا غير قادرين على دفع الرسوم الأساسية للخدمة في المركز. يعتمد القبول في هذا البرنامج على مقدار الدخل الذي تحصل عليه الأسرة وعدد أفراد الأسرة. مهمتنا هي أن نكون قياديين رواد لتقديم رعاية صحية عالية الجودة لمجتمعنا المتنوع.

يعتمد مقياس الرسوم المتدرجة (الاسعار المنخفضة) لدى HCHC على تعريف الفقر الفيدرالي المقدم من وزارة الصحة والخدمات البشرية سنويًا وينقسم إلى خمس فئات – A, B, C, D, E و تكون الرسومات على النحو التالي:
يعتمد مقياس برنامج خصم الرسوم المتدرج (الدخل المنخفض) من HCHC على تعريف الفقر الفيدرالي الذي تقدمه وزارة الصحة والخدمات البشرية سنويًا وينقسم إلى أربع فئات: A و B و C و D و E على النحو التالي:

الفئة	مستوى الدخل	الرسوم لكل زيارة الطبية	الرسوم لكل زيارة طب الاسنان	الرسوم لكل زيارة الصحة السلوكية	Title X (خدمات تنظيم الاسرة والصحة الانجابية)	OB (برنامج رعاية الحوامل)
فئة A	100% FPGL و أدنى	\$10	\$60 Basic services \$400 Complex services	\$5	\$0	\$250
فئة B	101-150% FPGL	\$20	\$70 Basic services \$500 Complex services	\$10	\$20	\$370
فئة C	151-175% FPGL	\$30	\$80 Basic services \$600 Complex services	\$15	\$30	\$460
فئة D	176-200% FPGL	\$40	\$90 Basic services \$700 Complex services	\$20	\$40	\$550
فئة E	201-250% FPGL	الرسوم الكاملة	الرسوم الكاملة	الرسوم الكاملة	\$45	الرسوم الكاملة
فئة F	أعلى من 250% FPL	الرسوم الكاملة	الرسوم الكاملة	الرسوم كاملة	الرسوم الكاملة	الرسوم الكاملة

لا توجد رسوم على زيارات المختبر بغض النظر عن عدد الفحوصات التي تتم إجراؤها في تلك الزيارة للمرضى المؤهلين للحصول على خصومات ضمن برنامج الرسوم متدرجة (الدخل المنخفض) ما لم يكن لدى المريض تأمين تجاري.

إذا كان لديك تأمين صحي ، فسيتم إرسال فواتير المختبر الى شركة التأمين الخاص بك من قبل الشركة المسؤولة عن المختبر و أي أرصدة متبقية سوف تكون من مسؤولية المريض. يجب تجديد إستمارة التقديم لبرنامج الدخل المنخفض كل عام. يتم تعريف أفراد الأسرة على النحو التالي: رب الأسرة ، زوجة ، والوالد (الوالدان) اللذين لهم عهدة الاطفال وجميع المعالين مادياً. المعالون هم الأفراد الذين يلتزم مقدم الطلب قانوناً بدعمهم.

يجب على المتقدمين تقديم دليل على جميع مصادر الدخل خلال 30 يوم الاخيرة.

أشر على كل مصادر إثبات الدخل التي تنطبق:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> خطاب الراتب التقاعدي | <input type="checkbox"/> أستمارة الضريبية 1040 (بدون W2's) |
| <input type="checkbox"/> مخصصات المحاربين القدامى | <input type="checkbox"/> خطاب الضمان الاجتماعي / الإعاقة |
| <input type="checkbox"/> إرث | <input type="checkbox"/> إعانات البطالة |
| <input type="checkbox"/> الاموال الاستثمارية | <input type="checkbox"/> خطاب الدعم |
| <input type="checkbox"/> الأجور (4 وصولات الدفع إذا كان الدفع أسبوعيًا | <input type="checkbox"/> خطاب صاحب العمل (إذا تستلم الراتب نقدًا) |
| <input type="checkbox"/> 2 وصولات الدفع إذا كان الدفع مرة كل أسبوعين) | |

التقديم لبرنامج خصم المتدرج (الدخل المنخفض)

رقم الضمان الاجتماعي:	الاسم الكامل للمتقدم:
تاريخ الميلاد:	العنوان:
رقم الهاتف:	المدينة ، الولاية، الرمز البريدي

يرجى إدراج جميع أفراد أسرتك

الاسم الكامل	تاريخ الميلاد	HCHC مريض الاسنان	HCHC مريض طبي	تأمين صحي للاسنان	تأمين صحي للطبية
		لا نعم	لا نعم	لا نعم	لا نعم
		لا نعم	لا نعم	لا نعم	لا نعم
		لا نعم	لا نعم	لا نعم	لا نعم
		لا نعم	لا نعم	لا نعم	لا نعم
		لا نعم	لا نعم	لا نعم	لا نعم
		لا نعم	لا نعم	لا نعم	لا نعم

هل تم مقابلة مقدم الطلب من أجل **Market Place** أو **Medicaid** أو أي مساعدة أخرى من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية؟

لا	نعم	إذا كانت الإجابة بنعم ، فأى واحدة ولماذا لا يتلقى المريض المساعدة المذكورة أعلاه؟
----	-----	-----------------------------------------------------------------------------------

هل ترغب في التقديم؟

لا	نعم	إذا كانت الإجابة "لا" ، اشرح السبب
----	-----	------------------------------------

إفادة: بالتوقيع ، أشهد أنه اعتبارًا من تاريخ توقيعي ، فإن مصادر الدخل المدرجة هي جميع دخل أسري لي ، وكل أفراد الأسرة المدرجين يعتمدون فقط على هذا الدخل ، والوثائق التي قدمتها للتحقق من مستوى الدخل الخاص بي صحيحة .

أفهم أنه إذا تبين أن المعلومات المقدمة غير مكتملة أو احتيالية ، فسيتم إخراجي من لبرنامج خصم المتدرج (الدخل المنخفض) بشكل دائم.

التاريخ

توقيع المتقدم/ الجهة المسؤولة

للاستخدام من قبل المكتب

Valid Until: _____ Staff Initials: _____ Slide: _____ Self Dec. Application: Y / N