



## Solicitud Para Ajuste De Pago

Centennial Mental Health Center, Inc. ofrece nuestro Programa de Descuento de Tarifa Variable (SFDP, por sus siglas en inglés) para residentes sin seguro o con seguro insuficiente en Colorado. Si no tiene seguro médico, o si tiene copagos y/o deducibles altos, considere solicitar este valioso programa de descuento de tarifa variable. Nuestro Programa de Descuento de Tarifa Variable está diseñado para satisfacer las necesidades de salud mental y trastornos por uso de sustancias de las personas que cumplen con pautas de ingresos específicas. Las tarifas se establecen en una escala móvil que se basa tanto en los ingresos como en el número de personas en su hogar. Tenga en cuenta que las pautas federales están sujetas a cambios. CMHC realmente se preocupa por nuestros clientes. Queremos que sea lo más fácil posible para cada individuo vivir la mejor y más saludable vida posible. Para presentar una solicitud, comuníquese con el personal de recepción de su oficina local.

### ¿Qué es un Programa de Descuento de Tarifa Variable?

Centennial Mental Health Center, Inc. ofrece una amplia variedad de servicios y se complace en brindar la mayoría de nuestros servicios a través del Programa de Descuento de Tarifa Variable. Ofrecemos la opción del Programa de Descuento de Tarifa Variable para nuestros clientes elegibles por ingresos en función de los ingresos anuales del hogar y el número de dependientes en el hogar. Este programa podría reducir la tarifa que normalmente pagaría por nuestros servicios de tarifa completa.

Admisión/Evaluación \$195.00

Individual \$104.00

Grupo \$45.00

Familia \$137.00

Se anima a los clientes sin seguro o con seguro insuficiente a que soliciten nuestro Programa de Descuento de Tarifa Variable

### Comprensión del programa de descuento de tarifa móvil

Cómo solicitar el programa de tarifa móvil

**Solicitud de tarifa variable:** para solicitar el programa de tarifa variable (SF), debe completar el formulario de solicitud de tarifa variable en el que indicará sus ingresos y el tamaño de su hogar. Además del formulario de solicitud, también debe presentar un comprobante documentado de ingresos. Esta documentación puede incluir cosas como:

- Talones de cheques de pago
- Declaración del impuesto sobre la renta corriente
- Formularios de Medicaid u otra asistencia médica financiada por el estado.
- Formularios de empleadores o agencias de asistencia social.

Si el cliente tiene otras circunstancias que indican dificultades financieras como:

- Prueba de quiebra
- Situaciones catastróficas (muerte o invalidez en la familia, divorcio)
- Documentación que demuestre que el cliente no podría pagar las tarifas completas de los servicios y aún podría pagar los gastos básicos necesarios.

**Clientes con cobertura de terceros:** los clientes con cobertura de seguro aún son elegibles para el descuento de tarifa variable.



**Rechazo de elegibilidad para la tarifa variable:** los clientes que rechacen la elegibilidad para SF aún pueden ser reconsiderados para el programa en cualquier momento una vez que completen una solicitud actual y envíen los documentos necesarios.

**Actualización del estado de la tarifa móvil:** todos los clientes deben actualizar la documentación de su declaración de ingresos cada año.

**Aprobación:** si es aprobado para el programa de tarifas variables, recibirá una carta indicando el nivel de reducción de las tarifas. Si en algún momento no cumple con las pautas y estipulaciones aplicadas a este proceso, su solicitud se cancelará y los saldos de la cuenta podrían volver a la tarifa completa.

Los ingresos se anualizarán a partir de la fecha de solicitud con base en la documentación aportada y en la información verbal proporcionada por el cliente. El proceso de anualización también tomará en consideración el empleo estacional y los aumentos y/o disminuciones temporales de los ingresos.

Completar esta solicitud no significa que se concederá su solicitud ni que quedará exento de responsabilidad financiera.

**Toda la información relacionada con las solicitudes del Programa de descuento de tarifa variable se mantendrá confidencial.**

## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN FINANCIERA

### Proporcione la siguiente información para que podamos completar su solicitud:

- ☐ Formularios de impuestos del IRS más recientes (deben estar firmados)
- ☐ Recibos de nómina de los últimos 30 días para todas las personas empleadas en el hogar
- ☐ Declaraciones de desempleo de los últimos 30 días
- ☐ Licencia de conducir o cédula de identificación para adultos
- ☐ Comprobante de todos los demás ingresos recibidos en los últimos 30 días
- ☐ Comprobante de todas las facturas pendientes
- ☐ Carta de denegación del DHS
- ☐ Formularios o tarjeta de Medicaid
- ☐ Adjunto estado financiero (completamente diligenciado y firmado)

Asegúrese de firmar el estado financiero adjunto. Su solicitud NO será procesada si no está firmada.

Devuelva todos los artículos (según corresponda) en esta lista de verificación (en persona o por correo).

*Centennial Mental Health Center (CMHC) es una organización sin fines de lucro dedicada a brindar servicios integrales de salud mental de la más alta calidad a las comunidades rurales del noreste de Colorado.*

**Misión:**

*Ayudar a personas, familias y comunidades a mejorar la calidad de sus vidas.*

**Visión:**

*Visualizamos un futuro en el que: Los jóvenes sean resiliente; Las familias están sanas; Las comunidades están prosperando; y se normaliza pedir ayuda*



### Declaración De Plan Financiero/ Solicitud De Servicios No Compensado

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
Fecha (s) de servicio: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_  
Relación con el cliente: \_\_\_\_\_  
Conyugue: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Podemos dejar mensaje? ☐ Yes ☐ No  
Cantidad de miembros de familia (viviendo en la casa): Adultas \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_

### Fuentes De Ingresos Familiares Mensuales

☐ Cliente ☐ Conyugue ☐ Persona Responsable

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| Salario mensual (antes de impuestos) | \$ _____ |
| Beneficios de asistencia pública     | \$ _____ |
| Beneficios de desempleado            | \$ _____ |
| Beneficios de seguro social          | \$ _____ |
| Compensación de Workman              | \$ _____ |
| Manutención de los hijos             | \$ _____ |
| Otros                                | \$ _____ |

---

CERTIFICO QUE LA INFORMACION DADA ES CIERTA Y CORRECTA BAJO MI CONOSIMIENTO. AUTORIZO A CENTENNIAL MENTAL HEALTH CENTER, INC. QUE VERIFIQUE CUALQUIER INFORMACION EN ESTE DOCUMENTO PARA EL UNICO PROPOSITO DE AYUDAR CON LAS NECESIDADES FINANCIERAS.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona haciendo la petición

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del conyugue / Otro

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA. PARA USO DEL PERSONAL DE OFICINA UNICAMENTE

Este documento fue recibido en \_\_\_\_\_ (fecha)

Por \_\_\_\_\_ (Nombre/Título)

Cantidad de pago aprobada: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_  
Gerente de Cuentas por Cobrar