

Missouri Ozarks Community Health - Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Nuestro Tarifa Variable Programa de Descuento está diseñado para ayudarte a pagar los servicios prestados por Missouri Ozarks Community Health. Esto incluye servicios médicos, dentales y de salud conductual.

Las solicitudes de Tarifa Variable son válidas desde el primero de marzo hasta el 28 de febrero de cada año y se basan en las directrices federales de pobreza disponibles más recientes. Debes presentar una nueva solicitud cada año, aunque tus ingresos no hayan cambiado.

Cada persona que solicite este descuento debe presentar una prueba de los ingresos familiares. Las pruebas aceptables de ingresos incluyen, entre otras, recibos de nómina recientes, declaraciones de la renta, estados de cuenta de la Seguridad Social, extractos bancarios que muestren el importe depositado de los ingresos, pruebas de ingresos por desempleo, prestaciones de supervivencia, ingresos por alquiler y/o ingresos por jubilación.

Además, indícanos el tamaño de tu familia. El tamaño de la familia debe incluirte a ti, a tu cónyuge, a tus hijos y a cualquier tutor legal si este vive con los miembros de la familia.

Si tienes seguro, MOCH presentará la reclamación por ti. Si tienes un copago o una franquicia, puede aplicarse un descuento de tarifa variable sobre ese copago o saldo de franquicia.

Toda la información proporcionada por los solicitantes debe ser verdadera y exacta y debe reflejar la unidad familiar, los nombres legales y los ingresos anuales de cada miembro de la unidad familiar.

¿Tienes alguna duda? Llama a nuestra oficina al 417.683.5739 o acércate a una de nuestras sedes para hablar con nuestro personal sobre el Programa de Tarifa Variable.

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

Enumera a **TODOS** los miembros de tu hogar

1. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____
2. Nombre _____ Fecha denacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____ Relación _____
3. Nombre _____ Fecha denacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____ Relación _____
4. Nombre _____ Fecha denacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____ Relación _____
5. Nombre _____ Fecha denacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____ Relación _____
6. Nombre _____ Fecha denacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____ Relación _____
7. Nombre _____ Fecha denacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____ Relación _____
8. Nombre _____ Fecha denacimiento ___/___/___ Ingresos anuales _____ Relación _____

He leído la información anterior y estoy de acuerdo en que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Sólo para uso de oficina:

Total annual income: _____ Number of People in Household: _____ Sliding Fee Level: _____

MOCH Employee Signature _____ Effective Date: _____ Expiration Date: _____



TAMAÑO DE LA FAMILIA E INGRESOS

Nombre del paciente: _____ Número de historia clínica: _____

Instrucciones: Selecciona el **tamaño de la familia** en la columna izquierdo. Entonces rodea con un círculo tu **rango de ingresos** a la derecha del tamaño de familia seleccionado (en la misma fila).

Missouri Ozarks Community Health 2025 Pautas federales de pobreza

Tamaño de la familia	PORCENTAJE DEL UMBRAL DE POBREZA				
	A	B	C	D / E	F
	< 100% FPG	101-125% FPG	126-150% FPG	151-200% FPG	> 200% FPG
1	15,650	15,651	19,564	23,476	31,301
	o menos	19,563	23,475	31,300	o más
2	21,150	21,151	26,439	31,726	42,301
	o menos	26,438	31,725	42,300	o más
3	26,650	26,651	33,314	39,976	53,301
	o menos	33,313	39,975	53,300	o más
4	32,150	32,151	40,189	48,226	64,301
	o menos	40,188	48,225	64,300	o más
5	37,650	37,651	47,064	56,476	75,301
	o menos	47,063	56,475	75,300	o más
6	43,150	43,151	53,939	64,726	86,301
	o menos	53,938	64,725	86,300	o más
7	48,650	48,651	60,814	72,976	97,301
	o menos	60,813	72,975	97,300	o más
8	54,150	54,151	67,689	81,226	108,301
	o menos	67,688	81,225	108,300	o más

Por cada persona adicional, agrega \$5,500 al tramo.