

## COMMUNITY CARE ALLIANCE

(Rev. 3/2023)

### Solicitud para acceder a una tarifa de escala variable (SOLO para personas sin seguro)

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de atención médica: \_\_\_\_\_

#### **Solicitud para acceder a una tarifa de escala variable:**

- Recibo de pago (más reciente, correspondiente a 4 semanas)
- Formulario W-2
- Última declaración del impuesto sobre la renta

#### **SOLO para personas sin seguro o con seguro insuficiente:**

- Recibo de pago por desempleo
- Recibo de pago de la seguridad social
- Declaración por escrito del empleador

#### **Se debe usar solo si no hay una verificación de ingresos por escrito.**

- Autodeclaración de ingresos
- Formulario 4506T-EZ del Servicio de Rentas Internas (IRS)

**Ingresos indicados:** \_\_\_\_\_

**Según la información proporcionada, reúne los requisitos para una tarifa o un descuento de escala variable de \_\_\_\_\_.**

En este momento, no tengo seguro o mi seguro no proporciona beneficios para los servicios de salud conductual necesarios. Solicito un descuento de escala variable. Proporcioné los documentos mencionados anteriormente. Entiendo que debo pagar el monto total de las tarifas en el momento de cada servicio. Si no se realiza el pago, podrían interrumpirse los servicios hasta que dicho pago se haya realizado. Si contrato un seguro, notificaré a la agencia sobre esta situación antes de mi siguiente sesión. Entiendo que si dicha agencia no recibe la información de manera oportuna, seré responsable de todos los cargos que el plan de seguro considere no reembolsables.

**El descuento de escala variable se basa en los ingresos del grupo familiar y las Pautas federales sobre la pobreza para 2023.**

Ingreso anual bruto del grupo familiar													
Tamaño del grupo familiar	Tarifa plana de \$10			25 % del cargo			50 % del cargo			75 % del cargo			100 % del cargo
1	\$0	a	\$13,590	\$13,591	a	\$16,988	\$16,989	a	\$20,385	\$20,386	a	\$23,783	\$27,180 o más
2	\$0	a	\$18,310	\$18,311	a	\$22,888	\$22,889	a	\$27,465	\$27,466	a	\$32,043	\$36,620 o más
3	\$0	a	\$23,030	\$23,031	a	\$28,788	\$28,789	a	\$34,545	\$34,546	a	\$40,303	\$46,060 o más
4	\$0	a	\$27,750	\$27,751	a	\$34,688	\$34,689	a	\$41,625	\$41,626	a	\$48,563	\$55,500 o más
5	\$0	a	\$32,470	\$32,471	a	\$40,588	\$40,589	a	\$48,705	\$48,706	a	\$56,823	\$64,940 o más
6	\$0	a	\$37,190	\$37,191	a	\$46,488	\$46,489	a	\$55,785	\$55,786	a	\$65,083	\$74,380 o más
7	\$0	a	\$41,910	\$41,911	a	\$52,388	\$52,389	a	\$62,865	\$62,866	a	\$73,343	\$83,820 o más
8	\$0	a	\$46,630	\$46,631	a	\$58,288	\$58,289	a	\$69,945	\$69,946	a	\$81,603	\$93,260 o más

Para cada persona adicional, agregue \$4,540 de ingresos anuales.

Consulte las tasas que se adjuntan.

### TASAS ESTÁNDARES DE LA AGENCIA

Código de facturación	Tipo de servicio	MD	PCNS	RN	LICSW/LCSW	LMHC/LMFT	PC/COUN	LCDP/LCDS
90791	BPSA	X	X	\$124.00	\$131.75	\$131.75	\$116.25	\$108.50
90792	Evaluación psiquiátrica	\$300.00	\$250.20	x	X	X	X	X
90833	Sesión de psicoterapia de 30 minutos con evaluación y administración de medicamentos	\$65.00	\$37.50	x	X	X	X	X
90838	Sesión de psicoterapia de 60 minutos con evaluación y administración de medicamentos	\$100.00	\$85.00	x	X	X	X	X
90832	Sesión de psicoterapia de 16 a 37 minutos	X	X	x	\$52.50	\$52.50	\$49.00	\$45.50
90834	Sesión de psicoterapia de 38 a 52 minutos	X	X	x	\$72.00	\$72.00	\$67.20	\$62.40
90837	Sesión de psicoterapia de 53 a 999 minutos	X	X	x	\$75.00	\$75.00	\$70.00	\$65.00
99211	Evaluación y administración de control por parte de una enfermera registrada (unidades de 5 minutos)	x	X	\$7.50	X	X	X	X
99212	Consulta médica de 10 minutos	\$56.00	\$47.60	x	X	X	X	X
99213	Consulta médica de 15 minutos	\$78.00	\$66.30	x	X	X	X	X
92214	Consulta médica de 25 minutos	\$118.00	\$100.30	x	X	X	X	X
99215	Consulta médica de 40 minutos	\$148.00	\$125.80	x	X	X	X	X
90846	Sesión de psicoterapia familiar sin el paciente	\$90.00	\$76.50	X	\$67.50	\$67.50	\$63.00	\$58.50

90847	Sesión de psicoterapia familiar con el paciente	\$96.00	\$81.60	X	\$72.00	\$72.00	\$67.20	\$62.40
90853	Sesión de psicoterapia grupal	\$48.00	\$40.80	X	\$36.00	\$36.00	\$33.60	\$31.20
H0036	15 minutos de gestión de caso	\$16.00	\$16.00	\$16.00	\$16.00	\$16.00	\$16.00	\$16.00
H0037	IHH por día	\$13.82	\$13.82	\$13.82	\$13.82	\$13.82	\$13.82	\$13.82
\$13.82	ACT por día	\$41.65	\$41.65	\$41.65	\$41.65	\$41.65	\$41.65	\$41.65
H0906	Programa ambulatorio intensivo (IOP) por día	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00
H0912	Internación parcial (PHP) por día	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00

Según las tablas anteriores, estos serán sus cargos para los siguientes proveedores:

SERVICIO	CARGO ACTUAL	PORCENTAJE DEL PAGO QUE ME CORRESPONDE PAGAR A MÍ	MI PAGO
Consulta médica de 15 minutos con PCNS(EJEMPLO)	\$66.30	50 %	\$33.15
LICSW 60 minutos (EJEMPLO)	\$75.00	25 %	\$56.25

Comprendo que si necesito algún tipo de servicio adicional, lo notificaré por escrito con anticipación a la prestación del servicio. También comprendo que es mi obligación informar a CCA de todos los cambios de mis ingresos o estado de seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de CCA

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante de CCA en letra de imprenta