



## Aplicación de descuento

---

### Para aplicar:

 Llame al 307-233-6000 y presione la opción #3 para solicitar una solicitud.

 Solicite en línea en <http://www.CHCCW.org>.  
Vaya a la pestaña "Servicios financieros" y haga clic en "Solicitud de tarifa variable".

 Pase por cualquier centro de salud comunitario para obtener una solicitud en papel.

- Se requiere documentación de comprobante de ingresos. La solicitud **no se procesará** hasta que se reciba **toda la** información necesaria.
- Las instalaciones de Casper son el único lugar que puede acomodar una cita cara a cara. Llame al 307-233-6000 si desea programar una cita para diapositivas.
- Una vez que la solicitud esté completa, envíenos por fax (307-233-6089), correo electrónico ([slide@chccw.org](mailto:slide@chccw.org)) o deje la solicitud impresa en cualquier ubicación de CHCCW. **Incluya toda la documentación requerida con su solicitud.**
- La solicitud se procesará dentro de los 10 días hábiles posteriores a su recepción. Las solicitudes incompletas o que carezcan de la documentación requerida serán denegadas hasta que se haya recibido la información necesaria.
- Todos los solicitantes recibirán una carta con la determinación de la solicitud:
  - Aprobado* La carta indicará el nivel de diapositiva para el que calificó la solicitud, las fechas de vigencia y finalización, e incluirá una explicación de los beneficios.
  - Negado* La carta indicará el motivo de la denegación. Puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento que obtenga la documentación adecuada o si hay un cambio en los ingresos del hogar y/o el tamaño de la familia.

Guarde la carta para futuras verificaciones. **Se recomienda tomar nota de la fecha de finalización y volver a aplicar 30 días antes para evitar cualquier lapso en la cobertura de portaobjetos.**

- Si no ha sido contactado dentro de los 10 días hábiles, llame al 307-233-6000, opción 3 para actualizaciones de estado y/o verificación.

- **Se espera que todos los pacientes de CHCCW paguen en el momento del servicio.**

Las cuentas se revisarán durante el proceso de solicitud para verificar que estén al día.

Si no puede realizar su pago en el momento del servicio, comuníquese con la oficina de facturación para hacer arreglos de pago dentro de los 10 días.

## Información del solicitante

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo quieres que nos pongamos en contacto contigo? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ correo \_\_\_\_\_

Solicitar la escala móvil de tarifas permite a los Centros de Salud Comunitarios brindar servicios a una tarifa con descuento solo en nuestras ubicaciones. La aprobación se basa en las Pautas Federales de Pobreza, el tamaño de la familia y los ingresos del hogar.

<b>2025 Federal Poverty Levels Effective: January 17, 2025</b>				
	A	B	C	D
Family Size	0-100% of Federal Poverty Level	101-133% of Federal Poverty Level	134-166% of Federal Poverty Level	167-200% of Federal Poverty Level
1	\$ - \$15,650.00	\$15,650.01 \$20,814.50	\$20,814.51 \$25,979.00	\$25,979.01 \$31,300.00
2	\$ - \$21,150.00	\$21,150.01 \$28,129.50	\$28,129.51 \$35,109.00	\$35,109.01 \$42,300.00
3	\$ - \$26,650.00	\$26,650.01 \$35,444.50	\$35,444.51 \$44,239.00	\$44,239.01 \$53,300.00
4	\$ - \$32,150.00	\$32,150.01 \$42,759.50	\$42,759.51 \$53,369.00	\$53,369.01 \$64,300.00
5	\$ - \$37,650.00	\$37,650.01 \$50,074.50	\$50,074.51 \$62,499.00	\$62,499.01 \$75,300.00
6	\$ - \$43,150.00	\$43,150.01 \$57,389.50	\$57,389.51 \$71,629.00	\$71,629.01 \$86,300.00
7	\$ - \$48,650.00	\$48,650.01 \$64,704.50	\$64,704.51 \$80,759.00	\$80,759.01 \$97,300.00

Complete la tabla a continuación para incluir a todas las personas que pueden ser reclamadas en la declaración anual de impuestos del garante o a las personas que comparten un ingreso bruto.

**FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE VIO EN CUALQUIER UBICACIÓN O DEPARTAMENTO DE CHCCW \_\_\_\_\_**

Las citas 10 días antes de la fecha de aprobación se incluirán en el descuento de diapositivas.

Nombre: Nombre, segundo nombre, apellido	Relación con el recuadro uno	Fecha de nacimiento	Sexo al nacer M/V	Número de seguro social	Fuente de ingresos: es decir, trabajo, SSDI, desempleo	Ingresos anuales totales	Uso interno SOLAMENTE
1	<b>Propio</b>						
2							
3							
4							
5							
6							
7							

**1. Incluya copias de comprobantes de ingresos con esta página para completar su proceso de solicitud.**

**2. Si no ha tenido ningún ingreso en los últimos 30 días, marque la casilla a continuación y complete la página siguiente.**

**Doy fe de mí mismo, ya que no he tenido ingresos durante los últimos 30 días.**

Yo, el abajo firmante, he completado esta solicitud para la elegibilidad de la tarifa variable de CHCCW y confirmo que esta información es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Además, entiendo que si mi situación económica cambia; Soy el único responsable de informar el cambio en mi próxima visita. Toda la información que proporcioné en esta solicitud, incluida una declaración de autocertificación, si corresponde, es veraz, correcta y está sujeta a confirmación por parte de CHCCW. Cualquier declaración falsa o intento percibido de engañar puede resultar en una denegación de los beneficios de la tarifa variable y el saldo asociado con él sería mi responsabilidad.

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

Auto-atestación sin ingresos

Community Health Center of Central Wyoming permite a los pacientes autocertificarse si actualmente están desempleados y/o no reciben ingresos en el momento del servicio. Por favor, complete la información a continuación para apoyar esta auto-atestación. Si no responde a estas preguntas, su solicitud puede ser denegada.

1. ¿Cuánto tiempo ha estado desempleado y/o sin ningún ingreso?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su estado actual? \_\_\_\_en busca de trabajo \_\_\_\_ solicitud de discapacidad \_\_\_\_ Despido temporal -  
\_\_\_\_Estudiante a tiempo complete \_\_\_\_otro: (Por favor  
explique)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Recibe beneficios o asistencia con los gastos de manutención para cualquiera de los siguientes?

\_\_\_\_Renta/Vivienda \_\_\_\_Asistencia Energética \_\_\_\_Cupones de alimentos(SNAP) \_\_\_\_Desempleo  
\_\_\_\_Amigos/familiares \_\_\_\_TANF \_\_\_\_Iglesias \_\_\_\_Organización sin fines de lucro \_\_\_\_Manutención de  
los hijos \_\_\_\_Préstamos estudiantiles \_\_\_\_Refugios \_\_\_\_Otros:\_\_\_\_\_

4. Si no recibe asistencia de ninguno de los anteriores, ¿cómo está pagando los gastos básicos de subsistencia? (Ej:  
renta, servicios públicos, comida, ropa, ect.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, atestigo que actualmente no tengo ingresos que reportar en este momento de servicio para la atención en CHCCW. Entiendo además que si mi situación económica cambia; Soy el único responsable de informar de ello en mi próxima visita. Toda la información que proporcioné dentro de esta solicitud, incluida mi declaración de autocertificación, es veraz, correcta y está sujeta a la confirmación de CHCCW. Cualquier declaración falsa o intento percibido de engañar puede resultar en una denegación de beneficios de tarifas deslizantes y cualquier saldo del paciente será mi responsabilidad.