Программа оплаты со скользящей шкалой скидок

Elica Health Centers Sliding Fee Discount Program

В Elica Health Centers мы предлагаем оплату со скользящей шкалой скидок, позволяющую сделать наши услуги более доступными для всех пациентов.

- Если вы уже участвуете в программах государственного пособия по нетрудоспособности (Social Security Disability Income, SSDI) или временного пособия для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) или в любой другой программе государственного пособия, вы можете соответствовать требованиям для участия в программе оплаты со скользящей шкалой скидок.

К скользящей шкале скидок применяются следующие критерии, основанные на текущих федеральных директивах в отношении прожиточного минимума (Federal Poverty Guidelines, FPG):

- Вы должны заполнить заявление на обратной стороне и затем подать повторное заявление через шесть месяцев или при возникновении изменений в вашем домохозяйстве или доходе, в зависимости от того, что наступит первым.
- Вы должны предоставить подтверждение дохода в соответствии с инструкциями, приведенными в заявлении.
  При самостоятельном декларировании дохода пациент имеет право только на один прием, но его можно изменить в течение десяти дней после приема.
- Если вы соответствуете требованиям для участия в Medi-Cal, обратитесь к нам за дополнительной информацией. Мы также будем рады предоставить вам такие ресурсы:
  - Оценка соответствия требования для полного охвата Medi-Cal
  - Помощь в подаче формы MC-13 PRUCOL
  - Предоставление контактной информации Отдела социальной помощи (Department of Human Assistance) или помощь в планировании приема в рамках программы Sacramento Covered
  - Предоставление информации и оценка предельных значений дохода для Medi-Cal или других программ.
  - Предоставление и поиск информации о программах (например, в отношении онкологии, диабета), если пациент не соответствует требованиям для какой-либо страховки.
- Утверждение заявления основывается на размере домохозяйства и его совокупном доходе.
- Ожидается, что во время оказания услуги участники оплатят свою долю оплаты со скидкой.
- Пациенты также могут организовать регулярные выплаты до тех пор, пока остаток не будет оплачен.
  - Плата за сегодняшние услуги будет отображать приведенную ниже скользящую шкалу скидок. Если вы соответствуете требованиям для участия в оплате со скользящей шкалой, это будет номинальная плата, и никакие другие расходы не будут предъявляться к оплате.
  - Приемлемыми источниками оплаты являются:
    1. Наличные
    2. Кредитные карты (VISA, MasterCard). Чеки не принимаются.

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с сотрудником одного из центров EHC или позвоните по номеру (916) 454-2345.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ОПЛАТЫ ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ
(APPLICATION FOR SLIDING FEE PROGRAM ELIGIBILITY)

1. Вы подавали заявку на получение помощи Medi-Cal, и вам было ОТКАЗАНО в выплате в течение последних 60 дней? ❒ Да ❒ Нет
   (Have you applied for Medi-Cal, and been DENIED benefits within the last 60 days? Yes / No)

1. Общее количество иждивенцев, проживающих в вашей семье (включая себя/супруга, детей и любых облагаемых налогом родственников-иждивенцев, проживающих с вами: _____
   (Total Number of dependents living in your household (include yourself/spouse, children and any taxable dependent relatives living with you:))

Вы должны предоставить подтверждение дохода для каждого взрослого члена семьи, примеры, которые приведены ниже: копию последней налоговой декларации, двух наиболее актуальных квитанций о выплате заработной платы или квитанций W2, квитанций о выплате алиментов на ребенка, выписки с документами социального страхования, квитанций о нетрудоспособности/квитанциях о компенсации работников, письмо с поддержкой и т. д. Пожалуйста, обратитесь за помощью в определении приемлемого подтверждения дохода. ***Если вы не предоставите достаточную подтверждающую документацию в течение 10 дней, это приведет к возврату вашего заявления и задержке в его утверждении.***

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

					Только для внутреннего использования (For Internal Use Only)	
Имя и фамилия (Name)	Степень родства (Relationship)	Дата рождения (Date of Birth)	Сумма дохода (Income Amount)	Форма дохода (Income Type)	Дата получения (Date Received)	Тип документации (Type of Documentation)
	Я сам (а) (self)			❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		

Настоящим я прошу Elica Health Center определить мое соответствие требованиям для участия в программе оплаты со скользящей шкалой скидок, исходя из предоставленной мной информации. Я понимаю, что представленная мной информация о доходе и размере моей семьи подлежит проверке. Я также понимаю, что если будет установлено, что представленная мной ранее информация является ложной, я буду нести ответственность за все услуги по их полной стоимости. Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация правдива и верна. Я понимаю, что я обязан (-а) информировать Elica Health Centers обо всех изменениях в моей страховой информации, и в случае невыполнения этого, я буду обязан (-а) оплатить все оказанные мне услуги в полном объеме.

Подпись: _____ Дата: _____

((**VERIFICATION AND DETERMINATION** (Office Use Only))

1. Monthly income verification attached: Yes/No (Initial Self-Declaration)
2. Slide Effective Date: _____
3. Qualified fee reduction: ❒ ≤100% ❒ 101-125 % ❒ 126-150 % ❒ 151-175 % ❒ 176-200 % ❒≥200 %
4. Length of reduction: ❒ 1st Visit ❒ 6 months

Verification and determination by: _____ Date: _____

ГРАФИК ОПЛАТЫ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛОЙ СКИДОК НА 2023 ГОД

Elica Health Centers: график оплаты со скользящей шкалой скидок			Скользящая шкала оплаты: (На основе Федерального регистра за 2023 год — Директивы по определению порога бедности)			
Категории скидки	**Категория A**	**Категория B**	**Категория C**	**Категория D**	**Категория E**	**Полная цена**
% от федерального уровня бедности	**Не выше 100 % (FPG)**	**>100 - 125 %**	**>125 - 150 %**	**>150 - 175%**	**>175 - 200 %**	**> 200 %**
Медицинское / поведенческое здоровье	**Номинальная плата**	**Плата со скидкой**				**Полная цена**
Посещение по системе «все включено» (1)	**$25**	**$35**	**$45**	**$55**	**$65**	
Внутренние диагностические лаборатории (2)	**$5**	**$6**	**$7**	**$8**	**$9**	
Направление на лабораторные исследования (3)	**$30**	**$31**	**$32**	**$33**	**$34**	
Плановые мероприятия и другие специальные пункты (см. схему ниже) (4)	**см. № 4 ниже**					
Стоматологическая программа	**Номинальная плата**	**Плата со скидкой**				**Полная цена**
Посещение по системе «все включено»: диагностические, профилактические мероприятия, периодонтальный уход и неотложные ситуации (1)	**$25**	**$35**	**$45**	**$55**	**$65**	
Оплата основной части / комплексная оплата услуг специалистов: мосты, коронки, зубные протезы и корневые каналы (5)	**$25**	**$35**	**$45**	**$55**	**$65**	
Оплата основной части / комплексная оплата: лаборатория/оборудование (5)	**см. схему ниже**					

1. Посещения по программе «все включено» включают профессиональное обслуживание и все медицинские товары повседневного назначения, инъекционные препараты и вакцинацию.
2. Внутренние лабораторные исследования — это медико-диагностические лабораторные исследования, проводимые в нашем учреждении.
3. Направления на лабораторные исследования — это направление в медико-диагностические лаборатории, которые находятся за пределами программы Quest Diagnostics или другими проверочными лабораториями.
4. Плановые мероприятия и другие специальные пункты по специальным ценам (исходя из фактической стоимости):

Депо-Провера $45	Другие ВМ средства $600
BMC Liletta $105	Night guards $95

5. Оплата основной части / комплексная оплата стоматологических услуг включают комплексные услуги, требующие планирования лечения, специальных лабораторных исследования и/или оборудования, и часто включают два или более приема у стоматолога. Пациенты, которым были предложены эти услуги, могут лично встретиться с планировщиком ухода (Treatment Planner) Elica, который объяснит процедуру и предоставит консультации по финансовым вопросам. Ожидается, что пациент заплатит 50 % перед проведением назначенного лабораторного исследования или запланированной процедуры, а оставшаяся сумма будет указана в плане оплаты. См. схему ниже

Пациент оплатит услуги специалиста со скидкой за каждый визит плюс одноразовый сбор согласно этой схеме:

Основная услуга	**Категория A**	**Категория B**	**Категория C**	**Категория D**	**Категория E**	
Корневой канал (для каждого канала)	**$175**	**$200**	**$225**	**$250**	**$275**	**Полная цена**
Коронка/мост (за единицу)	**$150**	**$170**	**$190**	**$210**	**$230**	
Полносъемный протез (за дугу)	**$400**	**$450**	**$500**	**$550**	**$600**	
Частично съемный зубной протез (за дугу)	**$450**	**$500**	**$550**	**$600**	**$650**	

Имя пациента: _____
(Patient Name)
Дата рождения: _____
(Date of Birth)
MRN: _____
Дата подачи заявления:
(Date of Application) _____

ФОРМА САМОДЕКЛАРИРОВАНИЯ

Я , _____, настоящим подтверждаю, что

❒ **Вариант 1: Наличный доход (Option 1: Cash Income)**

Я не могу предоставить подтверждение дохода в связи с характером моей работы. Я подтверждаю, что

Я получаю в _____ день (час / неделю / месяц / другое (hour / week / month / other): _____).
(в долларах) (dollars) (выберите один из вышеуказанных вариантов) (please choose one of the above options)

❒ **Вариант 2: Письмо о поддержке (Option 2: Letter of support)**

Получаю в _____месяц от _____(_____)
(в долларах) (dollars) (имя и фамилия лица, оказывающего поддержку) (supporter's name) (степень родства) (relationship)

❒ **Вариант 3: Отсутствие дохода (Option 3: No Income)**

Ни я, ни кто-либо из других членов моего домохозяйства не имеют какого-либо источника дохода.

❒ **Вариант 4: Не применимо (Option 4: Not Applicable)**

Я могу предоставить подтверждение дохода, поэтому вышеуказанные варианты ко мне не применяются.

Подписываясь ниже, я соглашаюсь с тем, что, насколько мне известно, предоставленная выше информация является правдивой и верной. Я понимаю, что я обязан (-а) сообщать Elica Health Centers обо всех изменениях, касающихся моего дохода и поддержки.

_____	_____
Подпись пациента/представителя (Patient / Representative Signature)	Дата (Date)
_____	_____
Печатными буквами (Print Name)	Степень родства с пациентом (Relationship to Patient)