

Formulario de Información Financiera / Aplicación de Tarifa Escalonada

El propósito de recopilar la siguiente información es determinar su nivel de pobreza federal. Su nivel de pobreza federal determinará si puede ser elegible para algún programa o beneficio.

Información del Paciente

Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento:
-------------------------	-----------------------------

Un **hogar** consiste en todas las personas que ocupan una casa o un apartamento. Los hijos adultos que viven en casa y ya no son dependientes se consideran un hogar separado. Los compañeros de cuarto que comparten un espacio, pero no están relacionados entre sí por matrimonio, hijos o relaciones similares, se consideran hogares separados. Aquellos que viven con un amigo o familiar en tiempos de necesidad también se consideran un hogar separado.

El **ingreso** incluye cualquier ganancia, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios por sobrevivencia, pensión o ingresos por jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de bienes, fideicomisos, asistencia educativa, manutención conyugal, manutención infantil, asistencia fuera del hogar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios (como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda) no cuentan.

Por favor complete la siguiente información:

Número total de personas en el hogar: _____

Ingreso mensual total del hogar: \$ _____

Seleccione uno:

- No quiero solicitar asistencia financiera.**
- Me gustaría solicitar asistencia financiera.** Si elige solicitarla, este formulario también sirve como la **Solicitud de Descuento de Tarifa Escalonada** y se requiere prueba de ingresos.

Se debe proporcionar prueba de ingresos en una de las siguientes formas:

- Recibo de pago actual
- Documentación de beneficios (desempleo, seguro social, jubilación, militar, etc.)
- Declaraciones de impuestos federales del año en curso
- Autoevaluación

Por favor, lea y firme

Certifico que la información proporcionada es verdadera y autorizo a Opsam Health a utilizarla para determinar mi nivel de pobreza. Entiendo que soy responsable de todos los cargos hasta que presente la documentación de ingresos requerida dentro de los 14 días. Si no lo hago, se me cobrará la tarifa completa. Notificaré a Opsam Health cualquier cambio en mi estatus de ingresos o seguro, y mi escala de tarifas será reevaluada en consecuencia.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Office Use Only

Slide Assigned: A B C D E F

Income Provided and Verified: Yes No

Staff: _____

2025 SLIDING FEE SCALE
Federal Poverty Level
ANNUAL INCOME

Slide Scale:	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F
Gross Household Annual Income	At or below 100% of FPL	At or below 125% of FPL	At or below 150% of FPL	At or below 175% of FPL	At or below 200% of FPL	Above 200% of FPL
Family Size:						
1	\$15,060	\$18,825	\$22,590	\$26,355	\$30,120	\$30,271
2	\$20,440	\$25,550	\$30,660	\$35,770	\$40,880	\$41,084
3	\$25,820	\$32,275	\$38,730	\$45,185	\$51,640	\$51,898
4	\$31,200	\$39,000	\$46,800	\$54,600	\$62,400	\$62,712
5	\$36,580	\$45,725	\$54,870	\$64,015	\$73,160	\$73,526
6	\$41,960	\$52,450	\$62,940	\$73,430	\$83,920	\$84,340
7	\$47,340	\$59,175	\$71,010	\$82,845	\$94,680	\$95,153
8	\$52,720	\$65,900	\$79,080	\$92,260	\$105,440	\$105,967
Each additional family member	\$5,380	\$6,725	\$8,070	\$8,995	\$10,760	\$10,814

**COST OF PROCEDURE
MEDICAL/PSYCHOTHERAPY/DENTAL/CHIROPRACTIC**

Slide Scale:	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F
<p>Medical Visit (exclude procedures) Medical Fee includes provider evaluation only. Procedures, non-state supplied vaccinations, point-of-care lab, and other supplies excluded. Applies to primary care, cardiology, endocrinology, psychiatry, and OB-GYN.</p>	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	Full Charge
<p>Medical Procedures Medical procedures include but are not limited to colposcopy, pap smear, ear irrigation, sutures, EKG, Echocardiogram, vascular ultrasound, etc.</p>	40%	50%	60%	70%	80%	Full Charge
<p>Psychotherapy Visit Applies to services provided by psychologists, licensed social workers, and licensed marriage and family therapists.</p>	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	Full Charge
<p>Dental Visit Basic emergency preventive and restorative evaluations only Excludes supplies and lab fees. Dental nominal fee includes basic services – Emergency, preventive, and restorative evaluation, and X-ray. Supplies and lab fees are provided at cost to the patient.</p>	\$45	\$50	\$55	\$60	\$65	Full Charge
<p>Dental Procedures Dental procedures (i.e., root canals, dental prophylactics, bridges, partials, dentures, etc.) will be charged a percentage of the full charge. Supplies and lab fees are provided at cost to the patient.</p>	40%	50%	60%	70%	80%	Full Charge
<p>Chiropractic Visit</p>	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	Full Charge

