



Программа скользящей шкалы цен Elica Health Centers

В Центрах здоровья Elica Health Centers мы предлагаем скользящую шкалу цен, чтобы сделать наши услуги более доступными для всех пациентов.

- Если вы уже получаете доход социального обеспечения по инвалидности (Social Security Disability income / SSDI), временное пособие для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families / TANF), бесплатные или льготные школьные обеды или другие программы социальной помощи, вы так можете воспользоваться программой скользящей шкалы цен, рассчитанной по действующему стандарту федерального уровня бедности (Federal Poverty Guidelines / FPG).

Как воспользоваться программой скользящей шкалы цен:

- Заполните бланк заявления на обратной стороне этого листа (заполните его сейчас и затем заполните повторно, через один год, или если произошли изменения в доходе или размере семьи).
- Предоставьте доказательства указываемого дохода в соответствии с инструкциями на бланке заявления.
Письменное указание доходов без предоставления доказательств (самодекларация) позволяет пациенту прийти на один визит, но может быть изменено в течении десяти дней со дня визита.
- Если вы имеете право на получение Medi-Cal, обратитесь к нам за дополнительной информацией. Мы будем рады помочь вам заполнить заявление.
- Для принятия решения об утверждении участия в программе, учитывается размер вашей семьи и доход до вычетов.
- Предполагается, что участники программы будут оплачивать свою часть суммы стоимости услуг со скидкой на момент оказания им услуг.
- Пациенты могут также договориться о том, что будут делать регулярные выплаты до полного погашения долга.
- Оплата за оказание сегодняшних услуг будет определяться в соответствии с нижеуказанной таблицей. Если вы квалифицируетесь по какой-либо категории в скользящей шкале цен, это и будет вашей номинальной платой за каждый визит в течении года, и с вас не будет взиматься никаких дополнительных оплат.
- Принимаемые способы оплаты:
 1. Наличные деньги
 2. Кредитные карты (VISA, Mastercard). Чеки не принимаются.

Если у вас есть вопросы, вы можете связаться с нашими сотрудниками в любом из центров Elica Health Centers, или по телефону (855) 354-2242.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В ПРОГРАММЕ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЫ ЦЕН

1. Получали ли вы отказ на заявление о получении программы Medi-Cal за последние 60 дней?

Да Нет

2. Укажите общее количество иждивенцев, проживающих в вашей семье (включите в это число себя, супругу/супруга, детей и любых зависящих от вас родственников, проживающих с вами): _____

Вы обязаны предоставить доказательства суммы дохода на каждого взрослого члена семьи. Копии самой последней налоговой декларации (tax return) и любые нижеперечисленные документы, которые вы получаете, нужны для обработки вашего заявления: два самых последних корешка от чеков на получение зарплаты или W-2s, корешок от чеков на получение пособия на ребенка (child support), платежные ведомости службы социального обеспечения (social security statements), корешок от чеков на получение пособия по инвалидности / травме на работе (disability / workers comp) и т.п. Обращайтесь к нам за помощью в определении подходящих форм подтверждения дохода. Неспособность предоставить достаточные доказательства повлечёт за собой возврат вашего заявления и задержку в утверждении вашего участия в программе.

Имя и фамилия пациента: _____ Дата подачи заявления: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: ___ Индекс/Zip-код: _____

Дата рождения: _____ Контактные номера тел: _____

Имя	Родственное отношение к пациенту	Дата рождения	Работодатель	Доход	Частота поступления (кажд. неделю / две недели / месяц / год)	Для служебного использования	
						Дата Получения	Тип документа
Общая сумма дохода							
Общее количество членов семьи, подающих заявление							

Я прошу, чтобы центры здоровья Elica Health Centers определили, квалифицируюсь ли я на программу скользящей шкалы цен, исходя из предоставленной мной информации. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю относительно дохода и размера моей семьи, может быть проверена. Я также понимаю, что в случае выявления того, что информация, которую я предоставляю, является ложной, я понесу ответственность за оплату стоимости всех оказанных мне услуг по полной цене. Подписывая данное заявление, я заверяю, что исходя из моих знаний, информация, предоставленная мной выше, правдива и точна. Я осознаю, что обязан(а) информировать Elica Health Centers относительно любых изменений, касающихся моей страховой информации и, в случае невыполнения мной данного обязательства, я понесу ответственность за выплату за все предоставленные услуги по полной цене.

Подпись: _____ Дата: _____

For Office Use Only:

VERIFICATION AND DETERMINATION

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 1Year

Verification and determination by: _____ Date: _____

SLIDING FEE DISCOUNT SCHEDULE for 2019

Elica Health Centers: Sliding Fee Schedule			Sliding Fee Scale: (Based on Federal Register 2019 - Poverty Income Guidelines)			
Discount Categories	Category A	Category B	Category C	Category D	Category E	Full Pricing
% of Federal Poverty Income Levels	At or below 100% (FPG)	>100 - 125%	>126 - 150%	>151 - 175%	>176 - 200%	> 200 %
Medical / Behavioral Health	Nominal Fee	Discounted Fees				Full Pricing
All Inclusive Visit (1)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Internal Diagnostic labs (2)	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	
Lab referral (3)	\$30	\$30	\$30	\$30	\$30	
Electives & Other Special Items (see schedule below) (4)	see #4 below					
Dental Program	Nominal Fee	Discounted Fees				Full Pricing
All Inclusive Visit: diagnostic, preventive, periodontal, & emergencies (1)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Major/Bundled Professional fees: bridges, crown, dentures, & root canals (5)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Major/Bundled: lab/equipment (5)	see schedule below					

1. All-inclusive visits include professional services and all routine supplies, injectables, and vaccines.
2. Internal labs are medical diagnostic labs performed on site.
3. Lab referrals are medical diagnostic labs performed offsite by Quest Diagnostics or other reference labs.
4. Electives & other special items with special pricing:
 - o Depo Provera \$45
 - o Liletta IUD \$50
 - o Other IUDs \$600
5. Major/Bundled Dental includes complex services requiring treatment planning, special labs and/or equipment, and are frequently bundled into two or more appointments. Patients offered these services will meet individually with an Elica Treatment Planner, who will explain the procedure and provide financial counseling services. The patient will be expected to pay 50% prior to the ordered lab work or the scheduled procedure and the remaining balance will be set up on a payment plan. **See schedule below.**

Patient pays discounted professional fee for each visit plus a one-time fee according to this schedule:

Major Service	Category A	Category B	Category C	Category D	Category E	Full Pricing
Root Canal (per canal)	\$175	\$200	\$225	\$250	\$275	
Crown/Bridge (per unit)	\$150	\$170	\$190	\$210	\$230	
Full Denture (per arch)	\$400	\$450	\$500	\$550	\$600	
Partial Denture (per arch)	\$450	\$500	\$550	\$600	\$650	

Elica Health Centers: Sliding Fee Discount			Sliding Fee Scale: (Based on Federal Register 2019 Poverty Income Guidelines)				
Discount Categories		Category A	Category B	Category C	Category D	Category E	Full Pricing
% of Federal Poverty Income Levels		At or below 100% (FPG)	>100 - 125%	>126 - 150%	>151 - 175%	>176 - 200%	> 200 %
Family Size	Income Measure	Nominal Fee					Full Pricing
1	Annual	\$0 - \$12,490	\$12,491 - \$15,613	\$15,614 - \$18,735	\$18,736 - \$21,858	\$21,859 - \$24,980	\$24,981 +
	Monthly	\$0 - \$1,041	\$1,042 - \$1,301	\$1,302 - \$1,561	\$1,562 - \$1,822	\$1,823 - \$2,082	\$2,083 +
2	Annual	\$0 - \$16,910	\$16,911 - \$21,138	\$21,139 - \$25,365	\$25,366 - \$29,593	\$29,594 - \$33,820	\$33,821 +
	Monthly	\$0 - \$1,409	\$1,410 - \$1,762	\$1,763 - \$2,114	\$2,115 - \$2,466	\$2,467 - \$2,818	\$2,819 +
3	Annual	\$0 - \$21,330	\$21,331 - \$26,663	\$26,664 - \$31,995	\$31,996 - \$37,328	\$37,329 - \$42,660	\$42,661 +
	Monthly	\$0 - \$1,778	\$1,779 - \$2,222	\$2,223 - \$2,666	\$2,667 - \$3,111	\$3,112 - \$3,555	\$3,556 +
4	Annual	\$0 - \$25,750	\$25,751 - \$32,188	\$32,189 - \$38,625	\$38,626 - \$45,063	\$45,064 - \$51,500	\$51,501 +
	Monthly	\$0 - \$2,146	\$2,147 - \$2,682	\$2,683 - \$3,219	\$3,220 - \$3,755	\$3,756 - \$4,292	\$4,293 +
5	Annual	\$0 - \$30,170	\$30,171 - \$37,713	\$37,714 - \$45,255	\$45,256 - \$52,798	\$52,799 - \$60,340	\$60,341 +
	Monthly	\$0 - \$2,514	\$2,515 - \$3,143	\$3,144 - \$3,771	\$3,772 - \$4,400	\$4,401 - \$5,028	\$5,029 +
6	Annual	\$0 - \$34,590	\$34,591 - \$43,238	\$43,239 - \$51,885	\$51,886 - \$60,533	\$60,534 - \$69,180	\$69,181 +
	Monthly	\$0 - \$2,883	\$2,884 - \$3,603	\$3,604 - \$4,324	\$4,325 - \$5,044	\$5,045 - \$5,765	\$5,766 +
7	Annual	\$0 - \$39,010	\$39,011 - \$48,763	\$48,764 - \$58,515	\$58,516 - \$68,268	\$68,269 - \$78,020	\$78,021 +
	Monthly	\$0 - \$3,251	\$3,252 - \$4,064	\$4,065 - \$4,876	\$4,877 - \$5,689	\$5,690 - \$6,502	\$6,503 +
8	Annual	\$0 - \$43,430	\$43,431 - \$54,288	\$54,289 - \$65,145	\$65,146 - \$76,003	\$76,004 - \$86,860	\$86,861 +
	Monthly	\$0 - \$3,619	\$3,620 - \$4,524	\$4,525 - \$5,429	\$5,430 - \$6,334	\$6,335 - \$7,238	\$7,239 +
9	Annual	\$0 - \$47,850	\$47,851 - \$59,813	\$59,814 - \$71,775	\$71,776 - \$83,738	\$83,739 - \$95,700	\$95,701 +
	Monthly	\$0 - \$3,988	\$3,989 - \$4,984	\$4,985 - \$5,981	\$5,982 - \$6,978	\$6,979 - \$7,975	\$7,976 +
10	Annual	\$0 - \$52,270	\$52,271 - \$65,338	\$65,339 - \$78,405	\$78,406 - \$91,473	\$91,474 - \$104,540	\$104,541 +
	Monthly	\$0 - \$4,356	\$4,357 - \$5,445	\$5,446 - \$6,534	\$6,535 - \$7,623	\$7,624 - \$8,712	\$8,713 +
11	Annual	\$0 - \$56,690	\$56,691 - \$70,863	\$70,864 - \$85,035	\$85,036 - \$99,208	\$99,209 - \$113,380	\$113,381 +
	Monthly	\$0 - \$4,724	\$4,725 - \$5,905	\$5,906 - \$7,086	\$7,087 - \$8,267	\$8,268 - \$9,448	\$9,449 +
12	Annual	\$0 - \$61,110	\$61,111 - \$76,388	\$76,389 - \$91,665	\$91,666 - \$106,943	\$106,944 - \$122,220	\$122,221 +
	Monthly	\$0 - \$5,093	\$5,094 - \$6,366	\$6,367 - \$7,639	\$7,640 - \$8,912	\$8,913 - \$10,185	\$10,186 +

For Staff Use Only:

How Gross Annual Income Is Being Calculated:

- If Paid Weekly: gross paycheck amount X **52**
- If Paid Every 2 Weeks: gross paycheck amount X **26**
- If Paid Twice a Month: gross paycheck amount X **24**
- If Paid Monthly: gross paycheck amount X **12**