

Bacharach Institute for Rehabilitation
Póliza de ayuda financiera – Resumen escrito en lenguaje sencillo (*Plain Language Summary, PLS*)

La Póliza de ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Bacharach Institute for Rehabilitation (en adelante, BIR) existe para prestar servicios de salud médicamente necesarios con un descuento parcial o total a los pacientes que cumplan con los requisitos. Los pacientes interesados en recibir ayuda financiera deberán solicitar los programas que se ofrecen. A continuación encontrará un resumen de la póliza:

Servicios que cumplen con los requisitos - servicios de salud médicamente necesarios prestados y facturados por BIR. La FAP solamente aplica a los servicios facturados por BIR. Los servicios relacionados que se facturen por separado por otros proveedores, tales como médicos de consulta, no estarán cubiertos por la FAP.

Pacientes que cumplen con los requisitos - pacientes que reciben servicios de salud que cumplen con los requisitos y entregan una solicitud completada para recibir ayuda financiera (en adelante, Solicitud) (con toda la documentación/información correspondiente). Además BIR deberá determinar el cumplimiento de requisitos para recibir ayuda financiera.

Cómo solicitar – La FAP y la Solicitud correspondiente podrán obtenerse/completarse/entregarse como se explica a continuación:

- al visitar la página web de BIR, www.bacharach.org;
- al solicitar los documentos por correo llamando al Departamento de Finanzas de BIR al (609) 748-5454 y
- al presentarse en la Oficina de Admisiones en el número 61 de la calle West Jimmie Leeds Road en Pomona, New Jersey 08240, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.
- Envíe las Solicitudes completadas (con toda la documentación/información correspondiente) a:

Bacharach Institute for Rehabilitation
61 West Jimmie Leeds Road
Pomona, New Jersey 08240
Attention: Business Office

Determinación del cumplimiento de requisitos para recibir ayuda financiera - Por lo general, los pacientes sin seguro médico cumplen con los requisitos para recibir ayuda financiera. Los pacientes infrasegurados también podrían cumplir con los requisitos usando una escala variable de tarifas cuando el ingreso familiar bruto está en o por debajo del 200 % de las FPG. Cuando se determina el cumplimiento de requisitos para recibir ayuda financiera significa que los pacientes que cumplen con los requisitos recibirán un descuento total o parcial en la atención médica y que no se facturará más que los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) (AGB, según los define el Código de Rentas Internas §501(r)) a aquellos individuos que cuentan con seguro médico. Los niveles para recibir ayuda financiera, según el ingreso familiar bruto y las FPG únicamente, son:

- individuos infrasegurados con un ingreso familiar bruto entre el 0 y el 100 % de las FPG; ayuda financiera total; se facturará \$0 al paciente.
- individuos infrasegurados con un ingreso familiar bruto entre superior al 100 % pero inferior o igual al 200 % de las FPG; ayuda financiera parcial; el AGB será el monto máximo facturable al paciente.
- individuos sin seguro médico; ayuda financiera parcial; el AGB será el monto máximo facturable al paciente.

Aviso: Existe la posibilidad de que se estudien otros criterios aparte de las FPG (por ejemplo, residencia, negativas de los programas estatales), lo que podría llevar a excepciones al texto precedente. Si no se informa un ingreso familiar bruto, se requerirá información sobre la manera en la que se satisfacen las necesidades diarias.

El Gerente del Departamento de Finanzas de BIR u otro representante designado revisará las solicitudes entregadas y determinará el cumplimiento de requisitos para recibir ayuda financiera conforme a la FAP de BIR.

Si se recibe una solicitud incompleta, se le notificará al solicitante y se le dará una oportunidad para suministrar la documentación/información faltante requerida.

BIR traduce su FAP, las Solicitudes y el PLS para otras poblaciones donde el idioma principal del área principal a la que BIR presta servicios representa la cantidad menor entre el 5 % o 1,000 personas.

Si necesita ayuda o tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Finanzas de BIR en el (609) 748-5454 o visite la Oficina de admisiones en el número 61 de la calle West Jimmie Leeds Road en Pomona, New Jersey 08240, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

<p>Bacharach Institute for Rehabilitation Nombre: Póliza de ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP)</p> <p>Aprobado por: <u>Jeanne Vuksta</u></p>	<p>Original: 04/87 Revisado: 04/88, 04/89, 04/90, 04/91, 10/92, 09/93, 05/02, 05/05</p> <p>Corregido: 04/90, 09/94, 06/99, 08/07, 05/12, 01/16, 08/20</p>	<p>Núm. de póliza: 12.2.3</p> <p>KF:</p> <p>Página 1 de 5</p>
--	---	---

Propósito:

Bacharach Institute for Rehabilitation (BIR) presta servicios de salud médicamente necesarios que permiten a los pacientes recuperar su independencia y bienestar. BIR se esfuerza por garantizar que todos los pacientes reciban la atención médicamente necesaria, independientemente de su solvencia para pagarla. Además ofrece ayuda financiera a fin de proveer recursos adicionales de cobertura médica a pacientes sin seguro médico, infrasegurados o que no cuentan con los medios necesarios para pagar.

Póliza:

Esta póliza ha sido redactada por el Gerente de Finanzas y ha sido visada por el Director de Finanzas y el Administrador/Director ejecutivo del hospital. La póliza se distribuye a los departamentos de Administración, Admisiones y Finanzas.

La ayuda financiera está disponible únicamente para cubrir los servicios de salud médicamente necesarios. No todos los servicios prestados en el establecimiento hospitalario de BIR están cubiertos por esta FAP. Consulte el Apéndice A para ver una lista de los proveedores que prestan servicios de salud médicamente necesarios en el establecimiento hospitalario de BIR. En el apéndice se especifican los proveedores que están cubiertos por esta FAP y los que no lo están. El listado de proveedores se revisará trimestralmente y se actualizará de ser necesario.

Ayuda financiera y los criterios para determinar el cumplimiento de requisitos para recibirla:

BIR brinda un cuidado no remunerado a través de su Fondo de caridad administrativo a aquellas personas que no pueden pagar parte o ninguno de los servicios hospitalarios prestados. El Fondo de caridad administrativo es un programa de BIR que ofrece atención médica gratuita o descontada a los pacientes que reciben servicios de salud médicamente necesarios en el establecimiento hospitalario. Se otorgará ayuda financiera a los pacientes que cumplan con los requisitos según el orden en el que se reciban las solicitudes y hasta que BIR alcance el nivel anual de cumplimiento. El nivel anual de cumplimiento se establece anualmente.

Los pacientes cumplen con los requisitos para recibir ayuda financiera a través del Fondo de caridad administrativo si cumplen con los criterios a continuación:

- I. criterios de servicios de salud,
- II. criterios de residencia y
- III. criterios de ingreso.

Criterios de servicios de salud: El uso del Fondo de caridad administrativo está limitado a los servicios hospitalarios y de electromiografía (EMG).

Criterios de residencia: Para cumplir con los requisitos, los pacientes deberán ser residentes del condado Atlantic y Cape May (New Jersey), inmigrantes indocumentados o emigrantes residentes de New Jersey mientras reciben la atención médica.

Criterios de ingreso: Los pacientes con un ingreso familiar bruto menor o igual al 100 % de las pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) cumplen con los requisitos para recibir el 100 % de la ayuda a través del Fondo de caridad administrativo. Los pacientes con un ingreso familiar bruto superior al 100 % y pero inferior al 200 % de las FPG cumplen con los requisitos para recibir atención médica descontada. Consulte el Apéndice B para ver la escala variable de tarifas de las FPG que se usa para determinar los descuentos disponibles y la responsabilidad del paciente.

La determinación del cumplimiento de requisitos para recibir la ayuda financiera está condicionada a que se tome una medida razonable para garantizar "otra cobertura" a través de Medicaid, ingreso de seguridad complementario (Supplemental Security Income, SSI), incapacidad por seguro social (Social Security Disability, SSD), etc. De no tomarse dicha medida, se denegará

la ayuda financiera.

Además BIR se adhiere a las reglas establecidas por el Capítulo 60 de la Ley pública 2008 del Descuento de New Jersey para personas sin seguro médico (New Jersey Uninsured Discount), en las que se establece que todo paciente sin seguro médico con un ingreso familiar bruto menor al 500 % de las FPG cumple con los requisitos para recibir atención médica descontada en este programa. Conforme a este programa, el monto que se factura por los servicios de salud prestados a un paciente que cumple con los requisitos no superará el 115 % de la tasa de pago correspondiente según el programa federal Medicare.

Proceso de solicitud:

Aquellos pacientes que entiendan que satisfacen los criterios para el cumplimiento de requisitos deberán entregar una Solicitud de determinación del cumplimiento de requisitos para el Programa de financiamiento subsidiado (en adelante, Solicitud) para recibir un descuento en virtud del Fondo de caridad administrativo.

Las Solicitudes están disponibles en la página web de BIR (www.bacharach.org). También puede conseguirlas si llama al Departamento de Finanzas de BIR al (609) 748-5454. Podrá adquirir copias impresas de la Solicitud en el Departamento de Admisiones en:

Bacharach Institute for Rehabilitation
61 West Jimmie Leeds Road
Pomona, New Jersey 08240

Las horas laborables son de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

Los pacientes tendrán 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para entregar una Solicitud de ayuda financiera completada. A su discreción, BIR aceptará solicitudes después de los 240 días.

Una Solicitud no se considerará completa si no incluye todos los documentos requeridos para su entrega. Los solicitantes deberán presentar un comprobante de ingresos, el cual puede ser, recibos de nómina o una carta de su contable que corrobore sus ingresos netos; de trabajar por cuenta propia, una copia del estado de cuenta bancario. Si los depósitos son electrónicos y no hay ningún otro tipo de evidencia, se podrá entregar una declaración de impuestos. Además deberá suministrar la carta de denegación del Seguro Social y/o de asistencia pública, o *Welfare*. Se usarán los montos más altos de sus ingresos para determinar el cumplimiento de requisitos.

Las Solicitudes completadas (acompañadas de la documentación requerida) deberán enviarse por correo a:

Bacharach Institute for Rehabilitation
61 West Jimmie Leeds Road
Pomona, New Jersey 08240
Attention: Business Office

Proceso:

El Gerente de Finanzas o un representante designado determinará el cumplimiento de requisitos para recibir la FAP según la Solicitud (y la documentación requerida) entregada por el paciente. Si satisface los criterios para el cumplimiento de requisitos, el Gerente de Finanzas solicitará al Administrador/Director ejecutivo el uso del fondo. El Administrador/Director ejecutivo está autorizado a invalidar la determinación.

La aprobación del solicitante estará condicionada a que se haya tomado una medida razonable por parte de este para garantizar otra cobertura según se describe anteriormente. De no haber tomado dicha medida, se le denegará la aprobación al solicitante.

La determinación del cumplimiento de requisitos para recibir la FAP será comunicada al paciente por escrito en los próximos cinco (5) días hábiles.

En el caso de que se reciba una solicitud incompleta, BIR proporcionará al paciente un resumen escrito en lenguaje sencillo (plain language summary, PLS) sobre la FAP. El PLS es una declaración escrita en la que se informa la oferta de ayuda financiera por parte del establecimiento hospitalario y brinda información adicional relacionada a esta FAP en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender. BIR también proporcionará al paciente un aviso escrito en el que se describirá la información/documentación adicional necesaria a fin de determinar si se cumple o no con los requisitos para recibir la FAP y dará al paciente una cantidad de tiempo razonable (30 días) para entregar la documentación requerida. Además BIR y cualquier tercero que actúe en su nombre suspenderá las medidas de cobro extraordinarias (extraordinary collection action,

ECA) (explicadas más adelante en esta FAP) para recibir pagos durante este período.

Una vez que el paciente entregue una Solicitud completada, BIR o cualquier tercero que actúe en su nombre suspenderá las ECA iniciadas contra el individuo. También redactará y documentará una determinación del cumplimiento de requisitos para recibir la FAP de manera oportuna y notificará por escrito a la parte o al individuo responsable sobre la determinación y el fundamento para esta.

Si se determina que el paciente cumple con los requisitos para la FAP, BIR proveerá un estado de cuenta actualizado en el que se indicará el monto adeudado del individuo que cumple con los requisitos para la FAP, cómo se determinó dicho monto y cómo obtener información relacionada al monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB), según se explica más adelante. BIR reembolsará todos los pagos en exceso que el individuo haya hecho y colaborará con terceros para tomar todas las medidas razonables disponibles a fin de revertir cualquier ECA que se haya iniciado contra el paciente con el fin de cobrar la deuda.

Fundamento para el cálculo de los montos facturados a los pacientes:

En virtud del Código de Rentas Internas §501(r)(5), cuando se trate de atención médicamente necesaria, no se facturará a un paciente que cumple con los requisitos para la FAP un monto mayor al facturado a un individuo con un seguro médico que cubra dicha atención médica.

Todos los pacientes que cumplen con los requisitos para recibir ayuda financiera conforme a esta FAP podrían cumplir con los requisitos para este descuento. Esto incluye a todos los pacientes sin seguro médico e infrasegurados con un ingreso familiar superior al 100 % pero inferior al 200 % de las FPG.

BIR ha adoptado el método retrospectivo, o *look-back*, para calcular el porcentaje del AGB. Este porcentaje se calcula anualmente a partir del total de las reclamaciones permitidas por el programa Medicare de tarifa por servicio (Medicare-Fee-for-Service) y las compañías privadas de seguros médicos en un plazo de 12 meses dividido entre los cargos brutos asociados a dichas reclamaciones. El porcentaje del AGB correspondiente se aplicará a los cargos brutos a fin de establecer el AGB.

Si la solicita, hay información adicional disponible gratuitamente acerca del porcentaje del AGB y cómo se calculó.

En virtud del Código de Rentas Internas §501(r)(5), no se le facturará una cantidad mayor al AGB a ningún individuo que cumpla con los requisitos para recibir la FAP por servicios de salud médicamente necesarios. Además, siempre se les facturará el monto menor del AGB o cualquier tarifa descontada disponible en esta FAP a quienes cumplan con los requisitos para la FAP.

Divulgación amplia de la FAP, la Solicitud y el PLS:

La FAP, la Solicitud y el PLS de BIR están disponibles en inglés y en el idioma principal de poblaciones con un dominio limitado del inglés (limited proficiency in English, LEP) que constituyan la cantidad menor entre 1,000 personas o el 5 % del área principal a la que BIR presta sus servicios.

La FAP, la Solicitud y el PLS están publicados en la página web de BIR (www.bacharach.org), y puede descargarlos sin costo si lo solicita. Puede pedir cualquiera de estos documentos llamando al (609) 748-5454. Además hay copias impresas disponibles en varios lugares del establecimiento hospitalario, entre ellos, los departamentos de Admisiones y Finanzas.

Hay letreros o anuncios con información para los pacientes sobre la disponibilidad de ayuda financiera en los departamentos de Admisiones/Registro.

Como parte del proceso de admisión, se ofrecerá una copia del PLS a todos los pacientes.

En los estados de cuenta de BIR se informará a los pacientes sobre la disponibilidad de ayuda financiera. En todos los estados de cuenta se incluye un aviso escrito conspicuo en el que se informa a su destinatario sobre la disponibilidad de ayuda financiera. En el estado de cuenta se incluye además la dirección de la página web donde puede adquirir copias de la FAP, la Solicitud y el PLS. También se incluye el número de teléfono al que los pacientes pueden llamar con preguntas sobre la disponibilidad de ayuda financiera y el proceso de solicitud.

Proceso de facturación:

Servicios de hospitalización – Las facturas se entregan diariamente aproximadamente diez (10) días después del alta.

Servicios ambulatorios – Las facturas se entregan los días 1.º y 15.º de cada mes y al momento del alta.

Algunas facturas tienen un ciclo de treinta (30) días y se entregan solamente el día 1.º del mes. Otras tienen un ciclo de quince (15) días y se entregan los días 1.º y 15.º del mes. Esto se fijará según la categoría financiera.

Refacturaciones y facturas secundarias – Las facturas se entregan diariamente.

Todos los formularios UB04 y 1500 se pasan al sistema E-Premis.

Las reclamaciones de los pacientes ambulatorios se actualizan y entregan el mismo día. El resto de las reclamaciones se actualizan y entregan en los próximos tres (3) días. Los problemas y las reclamaciones sin diagnóstico se actualizan diariamente hasta que se hayan entregado todas las reclamaciones.

Las reclamaciones se transmiten diariamente.

Los pagos se registran automáticamente por lotes de giros electrónicos y de copago. El resto de los pagos se registra manualmente. Los pagos diarios se dividen por compañía de seguro y se informan a cada Representante según la Categoría financiera y el Tipo de paciente asignados.

El Representante revisará todas las denegaciones y actualizará las notas de crédito escribiendo el método que se usa.

Las notas de crédito se usan para explicar el estado de la cuenta y documentar cualquier trabajo desempeñado durante esta revisión. Hay una fecha de acción que se usa para dar seguimiento a la cuenta en la fecha que se ingrese. Si se ingresa una fecha de acción, el aviso figurará en la lista de tareas del emisor de facturas según la Categoría y el Tipo de paciente asignados.

Proceso de cobro:

Las cuentas por servicios ambulatorios se dan de baja manualmente después de sesenta (60) días de inactividad. Algunas circunstancias garantizan que no se dará de baja una cuenta por servicios ambulatorios. Estas cuentas se codifican como servicio ambulatorio periódico permanente (*permanent repeating outpatient*).

Todas las cuentas dadas de baja se clasifican según la antigüedad de la fecha de vencimiento y, una vez codificadas como cuentas de pago particular (es decir, cuentas por las que el paciente ha de pagar el saldo pendiente), pasan al ciclo de envío. Una agencia externa (MedHost) imprime los documentos que se enviarán aproximadamente el día 15 de cada mes. A menos que se cambien manualmente, los envíos se clasificarán según la antigüedad de la fecha de vencimiento y, después de aproximadamente 3 envíos, se revisará la cuenta del paciente para analizarla como Deuda incobrable (*Bad Debt*).

Cuando una cuenta se convierte en una Deuda incobrable, se enviará al garante, o fiador, una carta de cobro en la que se le notifica que la cuenta pasará a una agencia de cobros externa de no pagarse el saldo adeudado en los próximos 30 días. Si después de 30 días el saldo adeudado no está pago, se envía otra carta al garante en la que se le notifica que la cuenta ha pasado a una agencia de cobro externa.

Las cuentas se dividen en orden alfabético entre dos agencias de cobro. Cada una dispone de seis (6) meses para cobrar el saldo adeudado. De no haber ninguna actividad en seis meses, se discontinúa y pasa a la otra agencia de cobro. De no haber ninguna actividad durante los seis meses posteriores a la segunda asignación, se condona la deuda. Cada cuenta está codificada con el nombre de la agencia, la fecha y el saldo al momento de la asignación a fin de que el estado de la cuenta se pueda determinar fácilmente en cualquier momento dado.

Procedimiento de condonación de la deuda:

El personal que da seguimiento a las cuentas revisará las cuentas que se le asignen conjuntamente con sus responsabilidades laborales e identificará las transacciones de la cuenta que podrían cumplir con los requisitos para la condonación de la deuda. Otro personal de Finanzas, como parte de sus responsabilidades laborales, podría identificar las transacciones de la cuenta que cumplen con los requisitos para la condonación de la deuda. Entre las transacciones que cumplen con los criterios de condonación de la deuda se podrían incluir errores en la facturación resultantes en el impago por parte de un tercero de un saldo que no se le puede cobrar al paciente, condiciones preexistentes o un servicio inválido.

El personal reunirá todos los datos y la documentación complementaria relacionados a la solicitud para la condonación de la deuda.

El personal preparará una solicitud para la condonación de la deuda de cuentas sin cobrar (Uncollected Accounts Write-Off Request) con una explicación detallada de las circunstancias particulares para dicha condonación, y el asistente del Gerente

de Finanzas asignará el código correspondiente y la enviará al Gerente de Finanzas.

El Gerente de Finanzas revisará la solicitud para la condonación de la deuda y firmará su aprobación o denegación conforme a las pautas a continuación:

<u>Límites de aprobación</u>	<u>por empleado</u>
Gerente de Finanzas:	máximo de \$5,000
Director de Finanzas:	\$5,000 - \$25,000
Administrador/Director ejecutivo:	\$25,001+

Cumplimiento con el Código de Rentas Internas §501(r)(6):

BIR no se involucra en ECA, según se definen en el Código de Rentas Internas §501(r)(6), antes de que venza el "Período de notificación". El Período de notificación se define como el período de 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta en el que no se podrán iniciar ECA contra el paciente.

Una vez transcurrido el Período de notificación, BIR o cualquier tercero que actúe en su nombre podrá iniciar las siguientes ECA contra el paciente por un saldo pendiente si no se ha hecho una determinación de que cumple con los requisitos para la FAP o si un paciente no cumple con los requisitos para recibir ayuda financiera:

1. pasar la cuenta a una agencia de cobro;
2. postergar, denegar o exigir el pago del saldo pendiente antes de prestar servicios de atención médicamente necesaria debido a un saldo pendiente por un servicio médico prestado anteriormente e
3. iniciar una demanda civil contra un individuo.

BIR podrá autorizar a terceros iniciar ECA por cuentas morosas del paciente una vez venza el Período de notificación. BIR procurará que se hayan tomado medidas razonables para determinar si un individuo cumple o no con los requisitos para recibir ayuda financiera conforme a esta FAP. BIR tomará las medidas a continuación por lo menos 30 días antes de iniciar una ECA:

1. El paciente recibió un aviso por escrito en el que se indica lo siguiente:
 - a. que hay ayuda financiera disponible para aquellos pacientes que cumplan con los requisitos,
 - b. que ECA BIR prevé iniciar para el cobro del saldo asociado al cuidado médico y
 - c. la fecha límite a partir de la cual dichas ECA pueden iniciarse.
2. El paciente recibió una copia del PLS con esta notificación por escrito.
3. Se tomaron las medidas razonables para notificar verbalmente al individuo sobre la FAP y sobre cómo puede recibir ayuda mediante el proceso de solicitud de ayuda financiera.

<p>Bacharach Institute for Rehabilitation Nombre: Póliza de ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP)</p> <p>Aprobado por: <u>Jeanne Vuksta</u></p>	<p>Original: 04/87 Revisado: 04/88, 04/89, 04/90, 04/91, 10/92, 09/93, 05/02, 05/05</p> <p>Corregido: 04/90, 09/94, 06/99, 08/07, 05/12, 01/16, 8/20</p>	<p>Núm. de póliza: 12.2.3</p> <p>KF:</p> <p>Página 1 de 1</p>
---	--	--

Apéndice A – Lista de proveedores:

Los servicios de salud listados a continuación son servicios prestados a pacientes de Bacharach Institute for Rehabilitation por proveedores externos que no están cubiertos por la Póliza de ayuda financiera de BIR:

consultas a un médico sobre servicios que no son de rehabilitación,
pruebas de laboratorio y radiología,
servicios de diálisis,
servicios de ambulancia o transportación y
servicios protésicos y ortóticos.

Bacharach Institute for Rehabilitation Nombre: Póliza de ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP) Aprobado por: <u>Jeanne Vuksta</u>	Original: 04/87 Revisado: 04/88, 04/89, 04/90, 04/91, 10/92, 09/93, 05/02, 05/05 Corregido: 04/90, 09/94, 06/99, 08/07, 05/12, 01/16	Núm. de póliza: 12.2.3 KF: Página 1 de 1
--	---	--

Apéndice B – Escala variable de tarifas:

Bacharach Institute for Rehabilitation, Inc.

Asunto/Nombre: Fondo subsidiado para el cuidado médico del Administrador

Departamento: Servicios fiscales

Núm. de póliza: Dept. de Finanzas

LD: 1.1.8

Mayo de: 2018

MIEMBROS DE LA FAMILIA:								EL PACIENT PAGA:
2	3	4	5	6	7	8		
\$12,700	\$17,240	\$21,720	\$26,200	\$30,680	\$35,160	\$39,640	\$44,120	0 %
\$14,036	\$18,964	\$23,892	\$28,820	\$33,784	\$38,676	\$43,604	\$48,532	10 %
\$15,312	\$20,688	\$26,064	\$31,440	\$36,816	\$42,192	\$47,568	\$52,944	20 %
\$16,588	\$22,412	\$28,236	\$34,060	\$39,884	\$45,708	\$51,532	\$57,356	30 %
\$17,864	\$24,136	\$30,408	\$36,680	\$42,952	\$49,224	\$55,496	\$61,768	40 %
\$19,140	\$25,860	\$32,580	\$39,300	\$46,020	\$52,740	\$59,460	\$66,180	50 %
\$20,416	\$27,584	\$34,752	\$41,920	\$49,088	\$56,256	\$63,424	\$70,592	60 %
\$21,692	\$29,308	\$36,924	\$44,540	\$52,156	\$59,772	\$67,388	\$75,004	70 %
\$22,968	\$31,032	\$39,096	\$47,160	\$55,224	\$63,288	\$71,352	\$79,416	80 %
\$24,244	\$32,756	\$41,268	\$49,780	\$58,292	\$66,804	\$75,316	\$83,828	90 %
\$25,520	\$34,480	\$43,400	\$52,400	\$61,360	\$70,320	\$79,280	\$88,240	100 %

Autorizado por: Jeanne Vuksta Fecha de redacción: 06/88 Revisado: 04/93

6/89, 3/90, 4/90, 4/91, 7/92, 4/93

Corregido: 05/15
04/94, 05/95, 05/96, 04/97, 06/99, 08/07, 05/12, 03/13, 03/14, 05/15

5. Tipo de servicio: Hospitalario () Ambulatorio ()

Servicio: _____

He solicitado: (circule uno) SSI SSD

MEDICAID/Tipo: _____

Fecha de la solicitud: _____ Nombre del trabajador del caso: _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información provista arriba es cierta y correcta.

FECHA

FIRMA