

La atención de calidad es una atención asequible.

Nuestro Programa de Descuento con Tarifa Variable le puede ayudar a que la atención que usted y su familia reciben de Prism Health North Texas (PHNTX) sea más asequible. El número de personas en su hogar, y los ingresos anuales de su hogar determinan cuánto será su descuento.

¿Qué servicios cubre el Descuento con Tarifa Variable según los Ingresos?

El Descuento con Tarifa Variable reduce el costo de muchos Servicios de PHNTX, entre ellos los siguientes:

- Sesiones de psicoterapia individual y grupal
 - Visitas a su proveedor de atención médica primaria y a su odontólogo
 - Exámenes de laboratorio (análisis de sangre) *
 - Sus medicamentos recetados *
- *Se aplican algunas restricciones*

El Descuento con Tarifa Variable no reducirá el costo de otros proveedores, tales como:

- Algunos análisis de laboratorio
- Algunos medicamentos de prescripción médica.

¿Cuánto dinero puedo ganar y seguir obteniendo el descuento con tarifa variable?

- Sus ingresos anuales totales deben ser inferiores al 200% (dos veces) de las guías federales de pobreza.

¿Qué son las Guías Federales de Pobreza?

Muchos programas gubernamentales que reducen el costo de la asistencia médica tienen límites de ingresos. Las personas que ganan más del límite no pueden utilizar estos programas. Cada año, el gobierno de EE. UU. establece estos límites, a los que denomina Guías de Pobreza Federal.

¿Qué sucede si el tamaño de mi familia o mis ingresos cambian?

PHNTX revisará su descuento con usted por lo menos cada doce meses, o cada vez que cambien sus ingresos o el tamaño de su familia. Usted deberá presentar un comprobante de sus ingresos actuales con PHNTX una vez cada 12 meses.

SOLICITUD

Sus respuestas a las preguntas de este formulario nos ayudarán a calcular el descuento que usted puede obtener por nuestros servicios.

		Fecha de hoy: / /	
¿Cómo debemos llamarle? Primer nombre: _____		Apellido: _____	
Nombre legal (Obligatorio) Primer nombre: _____		Inicial de segundo nombre: _____	Apellido: _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____		Número de Seguro Social: _____	
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Tengo pareja <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a / Viudo/a	
(Dirección postal) Dirección: _____			Número de Apto: _____
Ciudad: _____		Estado: _____	Código postal: _____
Mi vivienda es: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Vivo en las calles		Creemos que es importante comunicarnos con usted. PHNTX puede enviarle correos a la dirección indicada arriba.	
Número telefónico Móvil: _____ Hogar: _____ Trabajo: _____		Portal del paciente La forma más segura de comunicarse con nosotros es a través de nuestro portal del paciente. Por favor, muéstranos su identificación y facilítenos su dirección de correo electrónico, para poder acceder al portal. Correo electrónico: _____	
Identidad de género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> Género queer/ No binario <input type="checkbox"/> _____	Sexo de acuerdo con sus documentos legales: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> _____ ¿Se identifica como transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pronombres de género: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos /Ellas / Ellos <input type="checkbox"/> _____	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> _____
¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No a. En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____ b. En caso afirmativo, la fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____			

Información sobre el hogar

El número de personas que componen su "hogar" nos ayudará a calcular el monto de su descuento.

Las personas miembros de su hogar incluyen:

- Hijos legales (menores de 18 años)
- Unión Marital de hecho.
- Cónyuges casados (marido o mujer)
- Dependientes legales (hijo o pariente que cumpla los requisitos)
- Si está embarazada, incluya el número de hijos que espera (ingrese la fecha de parto para la fecha de nacimiento).

Utilice el cuadro siguiente para enumerar todas las personas que viven en su hogar.

	Nombre de las personas que viven en el hogar (incluido usted)	Fecha de nacimiento	Relación con usted
	Ejemplo: Jeff Smith	01/01/09	Hijo
1	Yo (nombre del aplicante):		Yo mismo
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Cuente el número de personas que anotó en el cuadro anterior y escriba ese número aquí:

Ingresos anuales del hogar

Los ingresos anuales de su hogar es el monto que usted y las personas en su hogar reciben cada año.

En la tabla siguiente:

1. Escriba en la columna Cantidad el monto en dólares de TODOS los ingresos que usted y las personas de su hogar reciben cada año.
2. Sume todas las cifras de la columna Cantidad. Esta cifra son sus Ingresos Anuales Totales.
3. Escriba sus Ingresos Anuales Totales en la casilla ubicada junto a la flecha.

Tipo de ingreso	Cantidad
Sueldo/salario antes de impuestos	
Ingresos procedentes de negocios, trabajo por cuenta propia y personas a cargo	
Pensión alimenticia por hijos/ pensión recibida de cónyuge	
Jubilación o pensión, pagos a veteranos, prestaciones de supervivencia	
Seguridad social (SSDI/SSA)	
Subsidio de desempleo	
Indemnización laboral	
Intereses de ahorros, fideicomisos, propiedades, dividendos por inversiones, ingresos por alquileres	
Ingresos por trabajo estacional	
Cualquier otra fuente de dinero que su familia utilice para su sustento	
Ingresos Anuales Totales _____ →	\$

Estos son sus Ingresos Anuales Totales. Usted necesitará esta cifra más adelante cuando utilice la calculadora de Descuento con Tarifa Variable según los Ingresos.

Nota: Antes de aprobar el descuento, usted deberá entregar copias de sus comprobantes de declaración de impuestos, talones de pago o documentos que confirmen sus ingresos y de todas las personas que conforman su hogar. Usted tiene 30 días a partir de la fecha de su solicitud, para proporcionar la documentación de ingresos, o su solicitud será denegada. Para su comodidad, puede enviar su solicitud y los documentos financieros de soporte al correo electrónico sfsdocs@prismntx.org o llame a nuestra oficina al 214-910-5065.

Nombre legal (en letra de imprenta) _____

Firma del nombre legal _____ Fecha _____

Nombre escogido (en letra de imprenta) _____

Firma del nombre escogido _____ Fecha _____

TENGA EN CUENTA: Usted dispone de 30 días a partir de la fecha de su solicitud para proporcionar la documentación de ganancias o su solicitud será denegada, y usted será responsable de todos los gastos médicos, a la tarifa completa de auto pago. Para su comodidad, por favor, envíe su solicitud y los documentos financieros de soporte a sfsdocs@prismntx.org o llame a nuestra oficina al 214-910-5065.

Declaración de ingresos

Yo, _____, (Nombre legal) juro o afirmo que la información a continuación es verdadera. Entiendo que mis ingresos incluyen todo el dinero que obtengo de mi trabajo, aunque no declare ese trabajo para efectos fiscales. Mis ingresos también incluyen, pero no se limitan, al dinero que obtengo de:

- Jubilación o retiro.
- Inversiones
- Subsidio por desempleo
- Discapacidad
- Ingresos de mi cónyuge (si soy casado/a)
- Ingreso de mis padres (solo se tienen en cuenta si la persona a cargo es menor de 18 años)

Mis ingresos anuales son: \$ _____

No tengo documentos para sustentar mis ingresos. Las razones de esto son (marque todas las que apliquen):

- Recibo mis pagos en efectivo.
- No recibo cheques ni talones de pago.
- No presenté declaración de impuestos el año pasado.
- No puedo obtener una carta de mi empleador.
- Otro. Por favor, explique: _____

Actualmente vivo en Texas. La dirección que tengo es mi dirección actual.

Nombre legal (en letra imprenta) _____

Nombre legal (firma) _____ Fecha _____

Nombre escogido (letra imprenta) _____

Firma del nombre escogido _____ Fecha _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Aprobado Denegado

Documentos proporcionados: Copias de declaraciones de impuestos Talones de pago Otros documentos que confirman los ingresos

Nivel de determinación: <100% FPL 101 -132% FPL 133-174% FPL 175-200% FPL >200% FPL

Firma _____ Fecha: _____

Niveles Federales de Pobreza 2024

Personas en la familia/Hogar	< 100%	101 - 132%	133 - 174%	175 - 200%	> 200%
1	\$0 - \$15,060	\$15,061 - \$19,879	\$19,880 - \$26,204	\$26,205 - \$30,120	\$30,121 o mas
2	\$0 - \$20,440	\$20,441 - \$26,981	\$26,982 - \$35,566	\$35,567 - \$40,880	\$40,881 o mas
3	\$0 - \$25,820	\$25,821 - \$34,082	\$34,083 - \$44,927	\$44,928 - \$51,640	\$51,641 o mas
4	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$41,184	\$41,185 - \$54,288	\$54,289 - \$62,400	\$62,401 o mas
5	\$0 - \$36,580	\$36,581 - \$48,286	\$48,287 - \$63,649	\$63,650 - \$73,160	\$73,161 o mas

Nota: Para familias/hogares con más de cinco personas, sume \$5,380 por cada persona adicional.

Tarifas variables según los ingresos

Nivel federal de pobreza	Consulta médica	Consulta de psiquiatría	Consulta de psicoterapia	Consulta odontológica de prevención ¹	Otra consulta odontológica ²
< 100%	\$10 *	\$10 *	\$10 *	\$10	\$100
101 - 132%	\$63	\$63	\$40	\$57	25%
133 - 174%	\$85	\$85	\$80	\$97	50%
175 - 200%	\$108	\$108	\$100	\$136	75%
> 200%	No hay descuento	No hay descuento	No hay descuento	No hay descuento	No hay descuento

* Vigente a partir del 1o de Octubre del 2024

¹ Las visitas dentales preventivas incluyen limpiezas básicas, examen por un dentista y radiografías.

² otras visitas dentales incluyen servicios dentales fuera de las visitas dentales preventivas que se pueden completar en una sola visita. Las prótesis dentales, como las dentaduras postizas, se cobran a su tarifa de producción.

Laboratorio médico: actualmente estamos negociando las tarifas variables para laboratorios con nuestro socio. Una vez que se hayan completado las negociaciones, PHNTX publicará las tarifas variables de honorarios de laboratorio médico.

Los pacientes pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera adicional si está disponible a través de fondos de subvenciones, incluido el Programa Ryan White de HRSA y los fondos de Infecciones de Transmisión Sexual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Todos los pacientes, incluidos los pacientes elegibles para los descuentos de tarifa variable, pueden recibir un ajuste de pago inmediato (40% de los cargos totales), disponible con pago completo en la fecha de la cita o dentro de los 5 días posteriores a la fecha de la cita. Nota: El cargo por visita nominal ya incluye el ajuste completo de pago inmediato.

Nota: El FPL es publicado anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El FPL se usa comúnmente para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios definidos por los ingresos, como Medicaid y CHIP.