

Declaración de hogar compartido pero separado – si la familia/el hogar comparte la misma dirección con una o más familias/hogares por motivos financieros, pero están separados, **cada familia/hogar debe completar** y firmar un formulario de hogar compartido pero separado. Usted puede auto-declarar un hogar compartido pero separado.

Por ejemplo, Jane Doe, una paciente sin seguro médico, comparte el hogar con su hermana. El costo de mantenimiento de la casa que ocupan (por ejemplo, alquiler o pago de la hipoteca, seguro, impuestos inmobiliarios, mantenimiento, servicios públicos, etc.) son compartidos, pero todos los demás gastos son separados. Jane Doe puede declarar un hogar compartido pero separado cuando presente la solicitud para el Programa de Descuentos SFSDP.

Pacientes con cobertura de terceros – los pacientes con seguro de terceros que no cubre o cubre parcialmente los cargos de servicio de salud, pueden ser elegibles para el programa SFSDP. Dependiendo de la clínica y de los contratos de seguro de terceros, el cargo por cada servicio adicional varía, pero en ningún caso será mayor que el cargo máximo de los pacientes del ser menor que el SFSDP, en ese caso cobraremos el monto más bajo.

Por ejemplo, John Doe, una paciente sin seguro médico, recibe un servicio que tiene un costo de \$80 según la lista de cargos. Sin embargo, de acuerdo con el plan de seguro de John, su copago sería de \$60 por ese servicio. John Doe presentó una solicitud al Programa SFSDP. De acuerdo con la información sobre ingresos y tamaño de familia, John Doe se ubica en el 150% del Nivel Federal de Pobreza y es elegible para el grupo 3 del SFSDP. Según el DFB, al aplicar el descuento, el cargo establecido para el servicio se reduce de \$80 a \$40. En lugar del copago de \$60, John Doe no paga de su bolsillo más que el cargo con descuento de \$40 que le corresponde a su grupo en el programa SFSDP, siempre que esto no esté prohibido por los términos del contrato de seguro.

Consulte con personal de la clínica para obtener la solicitud para el programa de descuentos y otros formularios que son necesarios para documentar su ingreso familiar.



C. L. Brumback
Primary Care Clinics
Health Care District Palm Beach County

NUESTRA MISIÓN es proporcionar servicios de salud integrales y solidarios para todos los residentes del condado de Palm Beach a través de colaboraciones y asociaciones con la comunidad en un ambiente en el que se tiene en cuenta la cultura de cada individuo.

NUESTRO OBJETIVO es ser el “hogar médico” para todos nuestros pacientes.

NUESTRAS CLÍNICAS también ofrecen asesoramiento financiero, servicios sociales, ayuda para que nuestros paciente sin seguro soliciten cobertura de salud, y asistencia a través de ACCESS Florida, un programa del Departamento de Florida para Niño y Families.

Para obtener más información, visite
www.BrumbackClinics.org

Para coordinar una cita en alguna de nuestras clínicas de atención primaria o dental,
call 561-642-1000

Este proyecto está respaldado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. con el número de subvención H80CS25684 para el Grupo de Centros de Salud con el monto asignado de \$7,278,563. El 83% del total del proyecto está financiado con fuentes no gubernamentales. Esta información o su contenido y las conclusiones son propias del autor y no se deben considerar como la posición o la política oficial de la HRSA, del Departamento de HHS ni del gobierno de los Estados Unidos. Asimismo, tampoco se debe inferir un respaldo por parte de estos organismos. Las clínicas C. L. Brumback Primary Care Clinics están amparadas por la Ley Federal de Demandas por Agravios (Federal Tort Claims Act, FTCA), vigente a partir del 1 de enero de 2022.



PROGRAMA DE DESCUENTOS



El **programa de descuentos de escala móvil (el “programa de descuentos” o “programa SFSDP”)** ofrece descuentos en la atención de salud a quienes no tienen suficientes medios para pagar por los servicios. El programa de descuentos se basa en el tamaño de su familia/hogar y en su ingreso. El descuento se aplica a los servicios de atención médica, órdenes de laboratorio y farmacia. No se tiene en cuenta edad, sexo, raza, religion, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad o situación/condición legal.

Requisitos de elegibilidad - Para determinar si usted es elegible para el programa de descuentos, deberá proporcionar información correcta, lo que incluye presentar la documentación que se le pide sobre el ingreso y tamaño de su familia/hogar (consulte más abajo la documentación de elegibilidad). Una solicitud aprobada el válida por seis meses, luego expirará. Tendrá que volver a presentar la solicitud con documentación actualizada sobre el ingreso y el tamaño de su familia/hogar.

Tenga en cuenta que proporcionar información falsa es un fraude. Si se descubre, se le revocarán todos los servicios con descuento y deberá pagar el monto total del servicio recibido



C. L. Brumback
Primary Care Clinics
Health Care District Palm Beach County

Para computar correctamente el ingreso familiar total, necesitamos prueba de que usted y/o los miembros de su familia actualmente:	Documentos aceptables para presentar con la solicitud
Están trabajando/ son empleados o contratistas	Recibe de salario de las últimas cuatro semanas
	Formulario de verificación de ingresos firmado por empleador o contratista
	Estado de cuenta bancaria donde se registren depósitos directos de los últimos dos meses
No están trabajando/ están desempleados y/o reciben algunos de estos:	Los estados mensuales más recientes de beneficio de desempleo, indemnización por accidente de trabajo, seguro social, costos compartidos de Medicaid, ingresos de seguridad suplementario, asistencia pública, beneficio por veterano de guerra, beneficios para sobrevivientes, beneficios por discapacidad, beneficios de pensión o retiro
Otros ingresos que pueda informar	Estados de cuenta que incluyan intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por herencia y fideicomisos, asistencia para educación, pensión de alimentos y para manutención de hijos, asistencia fuera del hogar

¿Qué se considera ingreso? Los ingresos ganados incluyen cualquier suma de dinero ecibida (depósito directo, cheque o efectivo) por trabajo realizado (salarios, sueldo, pago de Fuerza Armadas, comisiones, propinas, pago por unidad producida, trabajo informal, trabajo temporal, servicio doméstico (por ejemplo, jardinería, paisajismo, tareas domésticas, cuidado de día, cuidado de niños, etc.), bonos de efectivo ganados e ingresos brutos de trabajadores por cuenta propia.

¿Cómo se determina el tamaño de familia / hogar? El tamaño de familia/hogar puede ser de una persona, un grupo de personas y/o una o más familias que viven (o residen temporariamente) en la misma dirección y comparten las **responsabilidades comunes por las tareas domésticas**. Compartir las responsabilidades comunes por tareas domésticas implica compartir, al menos, una comida diaria o un área de convivencia común (por ejemplo, sala de estar, comdero, cocina, etc.) No es necesario que las personas de la familia/hogar estén relacionadas por sangre o matrimonio. Entre las personas de la amigos, hijos de crianza (foster), inquilinos, compañeros de cuarto, servicio doméstico y/o **invitados o visitanes que permanezcan durante máa de 30 días**.

De acuerdo con la información proporcionada sobre el ingreso y el tamaño de la familia/hogar, el rango del Nivel Federal de Pobreza determinará el nivel de descuento que le corresponde.

Tamaño de la Familia	≤ 100%	> 101% to 150%	> 151% to 175%	> 176% to 200%	Over 200%
1	\$13,590.00	\$13,590.01 - \$20,385.00	\$20,385.01 - \$23,783.00	\$23,783.01 - \$27,810.00	\$27,810.01
2	\$18,310.00	\$18,310.01 - \$27,465.00	\$27,465.01 - \$32,043.00	\$32,043.01 - \$36,620.00	\$36,620.01
3	\$23,030.00	\$23,030.01 - \$34,545.00	\$34,545.01 - \$40,303.00	\$40,303.01 - \$46,060.00	\$46,060.01
4	\$27,750.00	\$27,750.01 - \$41,625.00	\$41,625.01 - \$48,563.00	\$48,563.01 - \$55,500.00	\$55,500.01
5	\$32,470.00	\$32,470.01 - \$48,705.00	\$48,705.01 - \$56,823.00	\$56,823.01 - \$64,940.00	\$64,940.01
6	\$37,190.00	\$37,190.01 - \$55,785.00	\$55,785.01 - \$65,083.00	\$65,083.01 - \$74,380.00	\$74,380.01
7	\$41,910.00	\$41,910.01 - \$62,865.00	\$62,865.01 - \$73,343.00	\$73,343.01 - \$83,820.00	\$83,820.01
8	\$46,630.00	\$46,630.01 - \$69,945.00	\$69,945.01 - \$81,603.00	\$81,603.01 - \$93,260.00	\$93,260.01

Para las familias/hogares con más de 8 personas, se agrega \$4,720 por cada persona adicional

Definiciones

Verificación de ingresos: – toda familia/hogar que recibe **pagos en efectivo** y donde el **pago no se incluye en la declaración de impuestos de la familia/el hogar**. Debe presentar un formulario de verificación de ingreso completo y firmado **por cada empleador y no empleador** (es decir, personas, empresas, negocios y/u organización) por servicios, que incluya trabajo informal, trabajo temporal y/o servicio doméstico (por ejemplo, jardinería, paisajismo, tareas domésticas, cuidado de día, cuidado de niños, etc.).

Medios de subsistencia – si parte o la totalidad del sustento familiar procede de fuentes distintas del ingreso laboral (por ejemplo, cuentas de cheque, cuentas de ahorro, cuentas de inversión etc.) y/o el sustento no puede determinarse fácilmente, la familia/el hogar debe presentar estados de todas las cuentas (por ejemplo, cuentas de cheque, cuentas de ahorro, cuentas de inversión etc.) correspondientes al mes más reciente.

Carta de apoyo – si la familia/el hogar recibe apoyo (en efectivo y/o otro) de una o más fuentes (personas, negocios y/u organización), se debe presentar una Carta de apoyo completada y firmada de cada fuente que le proporciona apoyo en efectivo y/o otro.

Según la guía modificada de la Pobreza Federal (<https://www.federalregister.gov/d/2022-01166>) a partir del 12 de enero de 2022

