



1300 E. Shaw Ave Suite 149
Fresno, CA 93710
Teléfono: 559.554.9710
Fax: 559.554.9711
info@livewellbhc.com

Política de Tarifas de Escala Deslizante

Livewell Behavioral Health Counseling Center acepta a todos los clientes, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago. Ofrecemos nuestros servicios terapéuticos en una escala de tarifas deslizantes a todos los pacientes no asegurados o subsegurados elegibles para ingresos, basados en los ingresos anuales del hogar. Las pautas de ingresos y la verificación aceptable para la escala de tarifas deslizantes se enumeran a continuación.

Para preguntas adicionales, póngase en contacto con nosotros al (559) 554-9710 o info@livewellbhc.com.

¿Cómo califico?

Para calificar para la escala de tarifas deslizantes, debe mostrar una prueba de los ingresos anuales brutos para todos los miembros inmediatos de la familia que viven en su hogar. Los ingresos brutos son TODOS los ingresos de TODAS las fuentes antes de impuestos. Los solicitantes deben proporcionar una copia de cualquiera de los materiales de verificación de ingresos aceptados que se enumeran a continuación.

Verificación aceptable de ingresos

- Declaración de impuestos federal reciente
- Formulario W-2 o 1099 del IRS
- Dos (2) Talones de Pago Actuales
- Formulario de verificación de ingresos de CalWORKs (Informe WHIZ) o verificación de desempleo

¿Cómo empaqué?

Para comenzar el proceso de aplicación Sliding Fee Scale, simplemente descargue la aplicación, complete y llévala contigo a tu próxima visita programada.

Livewell acepta todos los Medi-Cal, así como la mayoría de los seguros importantes. La escala de tarifas deslizantes está en su lugar para satisfacer las necesidades de los no asegurados o

subalgurados, proporcionando costos reducidos en la mayoría de los servicios para aquellos que califican.

A nadie se le negará el acceso a los servicios en livewell Behavioral Health Counseling Center, ya que los servicios se ofrecen independientemente del estado del seguro o la capacidad de pago.

Aplicación

Es la política del Livewell Behavioral Health Counseling Center proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Livewell ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a los servicios o clases ordenados por la corte. Debe completar este formulario cada 6 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre:		
Dirección:		Ciudad:
Estado:	Cremallera:	Teléfono:

Por favor enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años.

	Nombre	Fecha de nacimiento
Propio:		
Otro:		
Otro:		
Otro:		
Otro:		

Fuente	propio	Otro	total
Salario bruto, Salario, Propinas			
Ingresos por negocios y autoempleo			
Compensación por desempleo, compensación a los trabajadores, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro, asistencia			

pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación			
Interés; dividendos; regalías; ingresos de propiedades de alquiler, propiedades y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de niños; asistencia de fuera del hogar; y otras fuentes diversas			
Ingresos totales			

Certifico que el tamaño y los ingresos de mi familia mostrados anteriormente son correctos.

Nombre de impresión:	
Firma:	Fecha:

Solo uso de la Oficina

Nombre aprobado: _____

Descuento aprobado: _____

Aprobado por: _____

Fecha aprobada: _____

Lista de verificación	Sí	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación laboral u otra		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes u otros		

Calendario de tarifas de escala deslizante

*Basado en las Directrices Federales sobre Pobreza de 2021

Maximum Annual Income Amounts for each Sliding Fee Percentage Category (except for 0% discount)

Poverty Level	100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	>200%
Family Size	Discount 100%	Discount 90%	Discount 80%	Discount 70%	Discount 60%	Discount 50%	Discount 40%	Discount 30%	Discount 20%	Discount 15%	Discount 10%	Discount 0%
1	\$12,880	14,168	15,456	16,744	18,032	19,320	20,608	21,896	23,184	24,472	25,760	25,761+
2	\$17,420	19,162	20,904	22,646	24,388	26,130	27,872	29,614	31,356	33,098	34,840	34,841+
3	\$21,960	24,156	26,352	28,548	30,744	32,940	35,136	37,332	39,528	41,724	43,920	43,921+
4	\$26,500	29,150	31,800	34,450	37,100	39,750	42,400	45,050	47,700	50,350	53,000	53,001+
5	\$31,040	34,144	37,248	40,352	43,456	46,560	49,664	52,768	55,872	58,976	62,080	62,081+
6	\$35,580	39,138	42,696	46,254	49,812	53,370	56,928	60,486	64,044	67,602	71,160	71,161+
7	\$40,120	44,132	48,144	52,156	56,168	60,180	64,192	68,204	72,216	76,228	80,240	80,241+
8	\$44,660	49,126	53,592	58,058	62,524	66,990	71,456	75,922	80,388	84,854	89,320	89,321
For each additional person, add	\$4,540	4,994	5,448	5,902	6,356	6,810	7,264	7,718	8,172	8,626	9,080	9,080