



تقدم CNS Healthcare خصما في الرسوم المتدرجة

تم إنشاء وتنفيذ مقياس الرسوم المتدرجة لضمان تطبيق الرسوم والخصومات الموحدة والمعقولة بشكل متنسق ومناسب لجميع المرضى المؤهلين. بينما تم تصميم جدول الرسوم لتغطية التكاليف المعقولة لتقديم الخدمات، فإن هدف مقياس الرسوم المتدرج هو معالجة الحواجز المالية أمام الرعاية. لذلك، يتيح مقياس الرسوم المتدرج تقديم خدمات للأفراد بما يتوافق مع قدرتهم على دفع تكاليف هذه الخدمات. بمجرد تأسيسه، يجب مراجعة مقياس الرسوم المتدرجة سنويا على الأقل، ليعكس التحديثات السنوية على إرشادات الفقر الفيدرالية. تحديد أهليتك لخصم الرسوم المتدرجة يتطلب التحقق من ذلك. يجب تحديث هذه المعلومات سنويا على الأقل لمواصلة مشاركتك في البرنامج. تستخدم هذه المعلومات فقط لحساب خصمك وتحافظ على سرية تامة.

هل أنت مؤهل للحصول على سعر مخفض؟

تقدم CNS Healthcare خصما على الرسوم المتدرجة. يتم تحديد الأهلية للحصول على خصم الرسوم المتدرجة بناء على الدخل السنوي الموثق وحجم الأسرة/الأسرة. المرضى الذين لديهم دخل سنوي موثق يبلغ 200% أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) مؤهلون للحصول على خصم رسوم متدرجة على جميع الخدمات التي تقدمها CNS Healthcare. المرضى الذين لديهم دخل عند أو أقل من 100% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) يفرض عليهم رسوم رمزية؛ ومع ذلك، لن يرفض أي مريض خدمات بسبب عدم القدرة على الدفع. تحديد أهليتك لخصم الرسوم المتدرجة يتطلب التحقق من ذلك. يجب تحديث هذه المعلومات سنويا على الأقل لمواصلة مشاركتك في البرنامج. تستخدم هذه المعلومات فقط لحساب خصمك وتحافظ على سرية تامة.



المستندات المطلوبة لتقديم طلب رسوم الانزلاق

1. يجب عليك تقديم أحد العناصر التالية

- كشف الرواتب (كشف رواتب عائلتك لأخر أربعة (4) أسابيع).
- خطاب صاحب العمل يؤكد التوظيف
- خطاب ملخص إعانة البطالة (فقط إذا كنت تتلقى إعانة البطالة).
- إذا لم يكن لديك دخل: قدم رسالة موثقة من شخص تعرفه (ليس من عائلتك) تؤكد أنه لا يوجد لديك دخل وتوضح ترتيبات سكنك مثل الطعام والمأوى.

2. إثبات الهوية

قد يكون ذلك بطاقة هوية حكومية، رخصة قيادة سارية من أي ولاية، هوية مدرسية، شهادة ميلاد أو جواز سفر.

3. الوثائق المالية

قد يطلب نسخة من سجلاتك الضريبية الأخيرة.

4. آخر

العناصر الأخرى التي قد تطلب إذا كانت متاحة هي: وثائق المحاربين القدامى، وثائق الضمان الاجتماعي أو مزايا التقاعد، التحقق من نفقة الطفل/النفقة، التحقق من تعويضات العمال

قد يطلب المرضى أو أفراد العائلات أو موظفو الخدمات الاجتماعية أو غيرهم من يدركون الصعوبات المالية الحالية طلبات خدمات مخفضة. يمكن الحصول على المعلومات والنماذج من مكتب الاستقبال ومكتب الأعمال أو من موقع CNS للرعاية الصحية في cnshealthcare.org.



مقياس خصم الرسوم المتدرجة

2025 CNS Healthcare Sliding Fee Scale - Behavioral Health

Slide Category		A	B	C	D	E
Poverty Level		0 - 100%	101 - 200%	201 - 300%	301 - 400%	> 400%
Behavioral Health	Required Fee per family member, per visit	Nominal Fee \$5	\$10	\$20	\$30	100% of Charges
FAMILY SIZE						
1	Annual (up to)	\$ 15,650.00	\$ 31,300.00	\$ 46,950.00	\$ 62,600.00	\$ 62,601.00
	Monthly	\$ 1,304.17	\$ 2,608.33	\$ 3,912.50	\$ 5,216.67	\$ 5,216.75
	Weekly	\$ 300.96	\$ 601.92	\$ 902.88	\$ 1,203.85	\$ 1,203.87
2	Annual (up to)	\$ 21,150.00	\$ 42,300.00	\$ 63,450.00	\$ 84,600.00	\$ 84,601.00
	Monthly	\$ 1,762.50	\$ 3,525.00	\$ 5,287.50	\$ 7,050.00	\$ 7,050.08
	Weekly	\$ 406.73	\$ 813.46	\$ 1,220.19	\$ 1,626.92	\$ 1,626.94
3	Annual (up to)	\$ 26,650.00	\$ 53,300.00	\$ 79,950.00	\$ 106,600.00	\$ 106,601.00
	Monthly	\$ 2,220.83	\$ 4,441.67	\$ 6,662.50	\$ 8,883.33	\$ 8,883.42
	Weekly	\$ 512.50	\$ 1,025.00	\$ 1,537.50	\$ 2,050.00	\$ 2,050.02
4	Annual (up to)	\$ 32,150.00	\$ 64,300.00	\$ 96,450.00	\$ 128,600.00	\$ 128,601.00
	Monthly	\$ 2,679.17	\$ 5,358.33	\$ 8,037.50	\$ 10,716.67	\$ 10,716.75
	Weekly	\$ 618.27	\$ 1,236.54	\$ 1,854.81	\$ 2,473.08	\$ 2,473.10
5	Annual (up to)	\$ 37,650.00	\$ 75,300.00	\$ 112,950.00	\$ 150,600.00	\$ 150,601.00
	Monthly	\$ 3,137.50	\$ 6,275.00	\$ 9,412.50	\$ 12,550.00	\$ 12,550.08
	Weekly	\$ 724.04	\$ 1,448.08	\$ 2,172.12	\$ 2,896.15	\$ 2,896.17
6	Annual (up to)	\$ 43,150.00	\$ 86,300.00	\$ 129,450.00	\$ 172,600.00	\$ 172,601.00
	Monthly	\$ 3,595.83	\$ 7,191.67	\$ 10,787.50	\$ 14,383.33	\$ 14,383.42
	Weekly	\$ 829.81	\$ 1,659.62	\$ 2,489.42	\$ 3,319.23	\$ 3,319.25
7	Annual (up to)	\$ 48,650.00	\$ 97,300.00	\$ 145,950.00	\$ 194,600.00	\$ 194,601.00
	Monthly	\$ 4,054.17	\$ 8,108.33	\$ 12,162.50	\$ 16,216.67	\$ 16,216.75
	Weekly	\$ 935.58	\$ 1,871.15	\$ 2,806.73	\$ 3,742.31	\$ 3,742.33
8	Annual (up to)	\$ 54,150.00	\$ 108,300.00	\$ 162,450.00	\$ 216,600.00	\$ 216,601.00
	Monthly	\$ 4,512.50	\$ 9,025.00	\$ 13,537.50	\$ 18,050.00	\$ 18,050.08
	Weekly	\$ 1,041.35	\$ 2,082.69	\$ 3,124.04	\$ 4,165.38	\$ 4,165.40
Each Additional Person	Annual (up to)	\$ 5,500.00	\$ 11,000.00	\$ 16,500.00	\$ 22,000.00	\$ 22,000.00
	Monthly	\$ 458.33	\$ 916.67	\$ 1,375.00	\$ 1,833.33	\$ 1,833.33
	Weekly	\$ 105.77	\$ 211.54	\$ 317.31	\$ 423.08	\$ 423.08

Updated using Federal Poverty Guidelines for 2025 <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>



طلب خصم الرسوم المنزلة

تتمثل سياسة CNS Healthcare في تقديم الخدمات الأساسية بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع. تقدم خصومات بناء على حجم العائلة والدخل السنوي. يرجى إكمال المعلومات التالية والعودة إلى مكتب الاستقبال لتحديد ما إذا كنت أنت أو أفراد عائلتك مؤهلين للحصول على خصم.

سيطبق الخصم على جميع الخدمات التي يتم الحصول عليها في هذه العيادة، ولكن ليس على الخدمات أو المعدات التي يتم شراؤها من الخارج، بما في ذلك الفحوصات المخبرية المرجعية، والأدوية، وتفسير الأشعة السينية من قبل أخصائي أشعة استشاري، وغيرها من الخدمات المشابهة. يجب تعبئة هذا النموذج كل 12 شهرا أو إذا تغير وضعك المالي.

اسم رب الأسرة			مكان العمل	
شارع	مدينة	حالة	الرمز البريدي	الهاتف

يرجى ذكر الزوج أو الزوجة والمعالين تحت سن 18.

اسم	تاريخ الميلاد	اسم	تاريخ الميلاد
تاعمد		ذات	
تاعمد		زوج	
تاعمد		تاعمد	
تاعمد		تاعمد	

مصدر	ذات	زوج	آخر	مجموع
				الأجور الإجمالية، الرواتب، البقشيش، إلخ.
				الدخل من الأعمال التجارية، والعمل الحر، والمعالين
				تعويضات البطالة، تعويضات العمال، الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي، المساعدات العامة، مدفوعات المحاربين القدامى، مزايا الناجين، المعاش التقاعدي، أو دخل التقاعد
				الفوائد، الأرباح، الإيجارات، العوائد، الدخل من التركات، الصناديق الاستثمارية، المساعدة التعليمية، النفقة، نفقة الأطفال، المساعدة من خارج الأسرة، وغيرها من المصادر المتنوعة
				إجمالي الدخل

ملاحظة: قد تكون هناك حاجة إلى نسخ من الإقرارات الضريبية، أو قسائم الرواتب، أو أي معلومات أخرى تؤكد الدخل قبل الموافقة على الخصم.

أؤكد أن حجم العائلة ومعلومات الدخل المعروضة أعلاه صحيحة.

الاسم (مطبوع)
توقيع
تاريخ

توقيع

الاستخدام المكتبي
فقط

اسم المريض: _____
 خصم معتمد: _____
 تمت الموافقة من: _____
 تاريخ الموافقة: _____

قائمة التحقق من التحقق	نعم	لا
الهوية/العنوان: رخصة قيادة، فاتورة خدمات، بطاقة عمل، أو غيرها		
الدخل: إقرار ضريبي للسنة السابقة، ثلاثة قسائم رواتب حديثة، أو غيرها		