



CNS Healthcare ofrece un descuento en tarifas ajustables

La Escala de Tarifas Progresivas se establece e implementa para garantizar que tarifas y descuentos uniformes y razonables se apliquen de forma coherente y adecuada a todos los pacientes elegibles. Aunque la tabla de tarifas está diseñada para cubrir costes razonables de prestación de servicios, el propósito de la Escala de Tarifas Progresivas es abordar las barreras financieras para la atención.

Por lo tanto, la Escala de Tarifas Progresivas permite la prestación de servicios a las personas de acuerdo con su capacidad de pago por dichos servicios. Una vez establecida, la Escala de Tarifas Ajustables debe revisarse al menos anualmente para reflejar las actualizaciones anuales de las Directrices Federales de Pobreza.

Determinar tu elegibilidad para el descuento por tasa variable requiere la verificación de tus ingresos. Esta información debe actualizarse al menos una vez al año para continuar con tu participación en el programa. Esta información solo se utiliza para calcular tu descuento y se mantiene completamente confidencial.

¿Calificas para una tarifa con descuento?

CNS Healthcare ofrece un descuento en tarifas ajustables. La elegibilidad para el descuento por tasa variable se determina según los ingresos anuales documentados y el tamaño de la familia/hogar. Los pacientes con ingresos anuales documentados del 200% o inferior al nivel federal de pobreza (FPL) tienen derecho a un descuento en tarifas progresivas en todos los servicios prestados por CNS Healthcare.

A los pacientes con ingresos iguales o inferiores al 100% del nivel federal de pobreza (FPL) se les cobra una tarifa simbólica; sin embargo, ningún paciente será rechazado por incapacidad de pago.

Determinar tu elegibilidad para el descuento por tasa variable requiere la verificación de tus ingresos. Esta información debe actualizarse al menos una vez al año para continuar con tu participación en el programa. Esta información solo se utiliza para calcular tu descuento y se mantiene completamente confidencial.



Documentación requerida para la solicitud de tarifa móvil

1. DEBES proporcionar UNO de los siguientes elementos

- Recibos de nómina (Recibos de nómina de tu hogar de las últimas cuatro (4) semanas).
- Carta del empleador que verifica el empleo
- Carta resumen de prestaciones por desempleo (Solo si cobras el paro).
- Si no tienes ingresos: Proporciona una carta notariada de una persona que conozcas (no relacionada contigo) verificando que no tienes ingresos y indicando tus condiciones de vivienda, como comida y vivienda.

2. Prueba de identidad

Esto puede ser una tarjeta de identificación emitida por el gobierno, carné de conducir vigente de cualquier estado, carné de identidad escolar, certificado de nacimiento o pasaporte.

3. Documentos financieros

Puede solicitarse una copia de tus registros fiscales recientes.

4. Otro

Otros elementos que pueden solicitarse si están disponibles son: Veteranos, documentación de Prestaciones de la Seguridad Social o Pensión, verificación de Manutención Infantil/Manutención, verificación de Compensación Laboral

Las solicitudes de servicios con descuento pueden ser realizadas por pacientes, familiares, personal de servicios sociales u otras personas que conozcan dificultades económicas existentes. La información y los formularios pueden obtenerse en la recepción y la oficina de negocios o en la web de CNS Healthcare, cnshealthcare.org.



Escala de descuento de tarifas deslizantes

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>



Solicitud de descuento por tarifa móvil

La política de CNS Healthcare es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor, complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos adquiridos externamente, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, fármacos e interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor, y otros servicios similares. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre del Jefe de Familia			Lugar de empleo	
Calle	Ciudad	Estado	Cremallera	Teléfono

Por favor, indique a cónyuge y dependientes menores de 18 años.

Nombre nacimiento	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de
Propio		Dependiente	
Esposo		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	



Ingreso anual del hogar

Fuente	Propio	Esposo	Otro	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos de empresas, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguridad Social, Ingreso de Seguridad Suplementaria, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones por supervivientes, pensión o ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, ayuda educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda externa al hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos totales				

NOTA: Puede ser necesario obtener copias de declaraciones de impuestos, nóminas u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos mostrada arriba es correcta.

Nombre (Impreso)

Firma

Fecha

**Solo para uso
en la oficina**

Nombre del paciente: _____

Descuento aprobado: _____

Aprobado por: _____

Fecha de aprobación: _____

Lista de verificación	Sí	No
Identificación/Dirección: Carné de conducir, factura de servicios,		
Ingresos: declaración de la renta de años anteriores, tres recibos de nómina		