



PROGRAMA DE DESCUENTO SEGÚN ESCALA DE TARIFA VARIABLE DE CHCCW

CHCCW garantiza que los pacientes tengan acceso a servicios asequibles, independientemente de su capacidad de pago. El Programa de Descuento según Escala de Tarifa Variable reduce los obstáculos financieros mediante la aplicación de descuentos basados en los ingresos y el tamaño del hogar en relación con las Pautas Federales de Pobreza vigentes, asegura una aplicación coherente y equitativa de tarifas y descuentos, y refuerza el compromiso de CHCCW de que ningún paciente sea privado de atención debido a dificultades financieras.

Para solicitarlo:

 Llame al 307-233-6000 y presione la opción n.º 3 para realizar una solicitud.

 Presente su solicitud en línea en <http://www.CHCCW.org>. Vaya a la pestaña “Financial Services” (Servicios financieros) y haga clic en “Sliding Fee Application” (Solicitud de descuento según escala de tarifa variable).

 Acérquese a cualquier sede de CHCCW para obtener una solicitud en papel.

- Se requiere documentación que compruebe los ingresos. La solicitud **no se procesará** hasta que se reciba **toda** la información necesaria.
- El centro de Casper es la única ubicación que puede atender una cita presencial. Llame al 307-233-6000 si desea programar una cita para la escala de tarifa variable.
- Una vez que la solicitud esté completa, devuélvala por fax (307-233-6089), correo electrónico (slide@chccw.org), o entregue la solicitud en papel en cualquier ubicación de CHCCW. **Incluya toda la documentación requerida junto con su solicitud.** Las solicitudes incompletas o aquellas que no incluyan la documentación requerida serán denegadas hasta que se reciba la información necesaria.

- El personal de CHCCW puede solicitar documentación adicional para verificar la elegibilidad. Cualquier declaración falsa o intento de engaño resultará en la denegación de la elegibilidad y no se aplicará ningún descuento.
- Todos los solicitantes recibirán una carta con la resolución de la solicitud:
 - Aprobada* La carta indicará el nivel de escala de tarifa variable para el cual calificó la solicitud, las fechas de vigencia y finalización, e incluirá una explicación de beneficios.
 - Denegada* La carta indicará la razón de la denegación. Puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento que obtenga la documentación adecuada o si se produce un cambio en los ingresos del hogar y/o en el tamaño de la familia.

Conserve la carta para futuras comprobaciones. **Se recomienda tomar nota de la fecha de finalización y volver a solicitar 30 días antes para evitar cualquier interrupción en la cobertura de la escala de tarifa variable.**
- Si no se han puesto en contacto con usted en un plazo de 10 días hábiles, llame al 307-233-6000, opción nº 3, para obtener información actualizada sobre el estado de la solicitud o realizar una comprobación.
- **Se espera que todos los pacientes de CHCCW paguen en el momento del servicio.**

Recibido por: _____

N.º de cuenta _____

Fecha de recepción: _____

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO SEGÚN ESCALA DE TARIFA VARIABLE DE CHCCW

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo desea que nos pongamos en contacto con usted? ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico
☐ Correo postal

2026 Federal Poverty Levels Effective: January 21, 2026				
	A	B	C	D
Family Size	0-100% of Federal Poverty Level	101-133% of Federal Poverty Level	134-166% of Federal Poverty Level	167-200% of Federal Poverty Level
1	\$ - \$15,960.00	\$15,960.01 \$21,226.80	\$21,226.81 \$26,493.60	\$26,493.61 \$31,920.00
2	\$ - \$21,640.00	\$21,640.01 \$28,781.20	\$28,781.21 \$35,922.40	\$35,922.41 \$43,280.00
3	\$ - \$27,320.00	\$27,320.01 \$36,335.60	\$36,335.61 \$45,351.20	\$45,351.21 \$54,640.00
4	\$ - \$33,000.00	\$33,000.01 \$43,890.00	\$43,890.01 \$54,780.00	\$54,780.01 \$66,000.00
5	\$ - \$38,680.00	\$38,680.01 \$51,444.40	\$51,444.41 \$64,208.80	\$64,208.81 \$77,360.00
6	\$ - \$44,360.00	\$44,360.01 \$58,998.80	\$58,998.81 \$73,637.60	\$73,637.61 \$88,720.00
7	\$ - \$50,040.00	\$50,040.01 \$66,553.20	\$66,553.21 \$83,066.40	\$83,066.41 \$100,080.00

Tamaño del hogar: todas las personas que puedan ser incluidas en la declaración de impuestos del garante o aquellas que compartan los ingresos brutos, independientemente de su lugar de residencia.

Ingresos: total de ingresos brutos recibidos por los integrantes del hogar de 18 años de edad o más, incluyendo salarios, beneficios y otras fuentes.

1. Describa su situación de vivienda: (Familia, amigos, etc.)

2. Describa su situación financiera:

☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Manutención de hijos ☐ Pensión alimentaria
☐ Subvenciones federales ☐ Indemnización por accidente de trabajo ☐ SSI/SSDI ☐ Asistencia estatal
☐ Asistencia de vivienda ☐ Organización sin fines de lucro ☐ Jubilación ☐ Beneficios para veteranos (VA)
 Otro, explique: _____

3. Complete la tabla a continuación para incluir a todas las personas que forman parte del hogar y sus ingresos, si corresponde.

Nombre: Nombre, segundo nombre, apellido	Relación con la casilla uno	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Fuente de ingresos: ej., empleo, SSDI, desempleo	Ingresos anuales totales	Uso interno ÚNICAMENTE
1	Yo mismo					
2						
3						
4						
5						
6						
7						

4. Incluya copias de comprobantes de ingresos junto con esta solicitud.

Ejemplos de comprobantes de ingresos: declaraciones de impuestos federales (del año más reciente), recibos de pago (que cubran los últimos 30 días), cartas de agencias (por ejemplo, Seguro Social, Asuntos de Veteranos, Servicios Sociales), verificación de desempleo, documentos judiciales (manutención de hijos, pensión alimenticia), estados de jubilación, carta del empleador que verifique ingresos brutos y frecuencia de pago, declaración escrita de un tercero.

5. Fecha de la última visita a cualquier centro o departamento de CHCCW: _____

Las citas realizadas dentro de los 10 días previos a la fecha de finalización de la solicitud serán incluidas en el descuento según escala de tarifa variable.

6. Firma de la solicitud

Yo, el abajo firmante, he completado esta solicitud para la elegibilidad de la escala de tarifa variable de CHCCW y confirmo que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo además que si mi situación económica cambia, soy el único responsable de informar del cambio en mi próxima consulta. Toda la información que proporcioné en esta solicitud es veraz, correcta y está sujeta a verificación por parte de CHCCW. Cualquier declaración falsa o intento de engaño resultará en la denegación de la elegibilidad y no se aplicará ningún descuento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

7. Autocertificación: complete únicamente si no ha tenido ingresos en los últimos 30 días.

CHCCW permite que los pacientes se autocertifiquen únicamente cuando no se pueda proporcionar otra documentación. Pueden haber restricciones sobre la cantidad de veces que se acepta la autocertificación antes de que se requiera comprobante de no presentación.

☐ Me estoy autocertificando ya que no he tenido ingresos en los últimos 30 días

¿Cuánto tiempo ha estado desempleado y/o sin ingresos?

¿Cuál es su situación laboral actual?

☐ Buscando trabajo ☐ Solicitando beneficios por discapacidad ☐ Suspendido temporalmente

☐ Estudiante de tiempo completo

☐ Otro: _____

¿Cómo está pagando sus gastos básicos? (Ejemplos: alquiler, servicios públicos, comida, ropa, etc.)

Yo, el abajo firmante, declaro que no he tenido ingresos en los últimos 30 días y entiendo que cualquier declaración falsa o intento de engaño resultará en la denegación de la elegibilidad y no se aplicará ningún descuento.

Firma: _____ **Fecha:** _____