

**Sliding Fee Scale Application**

Intercommunity's services are supported by state, federal and private grants that allow us to charge less than private providers. Still, patient fees are our main source of revenue. Please complete the following questions so we can best determine your fee scale level and charge you appropriately.

**If you choose not to answer the questions about your income, we will not be able to discount your services, and you will be responsible for full price payment today.**

**[ ] I decline to complete the below information and understand I will be charged full price for my services.**

Do you have health Insurance? [ ] yes [ ] no, if yes what is the name of your plan,

Name of Plan \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_

If no would you like to apply for health insurance? [ ] yes [ ] no

Do you receive SNAP benefits? [ ] yes [ ] no

If no, would you like to apply for SNAP (food stamps)? [ ] yes [ ] no

Are you under 18? [ ] yes [ ] no

**Financial Information**

[ ] I support myself, my weekly income is \$ \_\_\_\_\_ or

I work \_\_\_\_\_ hours each week at a rate of \$ \_\_\_\_\_ per hour.

[ ] My Family helps support me

Our total weekly income is \$ \_\_\_\_\_

How many people does this income support? \_\_\_\_\_

[ ] My partner or Spouse helps support me

Our total weekly income is \$ \_\_\_\_\_

How many people does this income support \_\_\_\_\_?

**Data collection**

All questions are confidential and are used for the statistical purposes only.

What is your primary language \_\_\_\_\_?

Race **Circle all that apply** BLACK WHITE

NATIVE AMERICAN/ALASKAN ASIAN HAWAIIAN/PACIFIC ISLANDER

LATINO/ [ ] YES [ ] NO

**Veteran Status** [ ] ACTIVE [ ] NOT ACTIVE [ ] NOT APPLICABLE

*I, \_\_\_\_\_, self-attest that all the information provided regarding my income and family size is true.*

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Printed Name:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_

*Patient was educated surrounding our sliding fee scale and has refused to complete the required information.*

**Staff verification** \_\_\_\_\_

**Date completed** \_\_\_\_\_

***\*Financial form must be completed by patients every year to qualify for sliding fee scale discount.***



## SLIDING FEE DISCOUNT SCHEDULE

### Based on 2026 Federal Poverty Guidelines

InterCommunity offers a Sliding Fee Schedule for Health Center patients that provides for the following:

- Families/Households with annual incomes at or below 100% of the Federal Poverty Guidelines as shown in Column A of the chart below will only be charged a nominal fee of \$18.00 per service.
- Families/Households with annual incomes above 100% and at or below 200% of the Federal Poverty Guidelines as shown in Columns B-E of the chart below will be offered the corresponding percentage discounts.
- Subject to applicable legal and contractual restrictions, discounts will apply to copays and deductibles, as well as insurance balances.
- No discounts are offered to families/households with annual incomes above 200% of the Federal Poverty Guidelines.

Family Size	A		B		C		D		E		F
	\$18 Nominal Fee*		80% Discount		60% Discount		40% Discount		20% Discount		0% Discount
	Above	Up To	Above	Up To	Above	Up To	Above	Up To	Above	Up To	Above
1	\$0	\$15,960	\$15,961	\$19,950	\$19,951	\$23,940	\$23,941	\$27,930	\$27,931	\$31,920	\$31,921
2	\$0	\$21,640	\$21,641	\$27,050	\$27,051	\$32,460	\$32,461	\$37,870	\$37,871	\$43,280	\$43,281
3	\$0	\$27,320	\$27,321	\$34,150	\$34,151	\$40,980	\$40,981	\$47,810	\$47,811	\$54,640	\$54,641
4	\$0	\$33,000	\$33,001	\$41,250	\$41,251	\$49,500	\$49,501	\$57,750	\$57,751	\$66,000	\$66,001
5	\$0	\$38,680	\$38,681	\$48,350	\$48,351	\$58,020	\$58,021	\$67,690	\$67,691	\$77,360	\$77,361
6	\$0	\$44,360	\$44,361	\$55,450	\$55,451	\$66,540	\$66,541	\$77,630	\$77,631	\$88,720	\$88,721
7	\$0	\$50,040	\$50,041	\$62,550	\$62,551	\$75,060	\$75,061	\$87,570	\$87,571	\$100,080	\$100,081
8	\$0	\$55,720	\$55,721	\$69,650	\$69,651	\$83,580	\$83,581	\$97,510	\$97,511	\$111,440	\$111,441
<b>FPG Range</b>	≤100%		>100%-125%		>125%-150%		>150%-175%		>175%-200%		>200%
<b>** For families/households with more than 8 persons, add \$5,500 per person at 100% of the FPG.</b>											

## Solicitud para Determinar el Precio por Servicios

Los servicios de InterCommunity son apoyados por subvenciones estatales, federales y privadas que nos permiten cobrar menos que los proveedores privados. Sin embargo, los pagos de los pacientes son nuestra fuente de ingreso principal. Por favor, conteste a las siguientes preguntas para que podamos determinar mejor su nivel de tarifas y cobrarle apropiadamente.

**Si decide no responder a las preguntas sobre su ingreso, no podremos descontar sus servicios y usted será responsable por el precio total de su visita hoy.**

**[ ] Me niego a completar la siguiente información y entiendo que se cobrará el precio completo por mis servicios.**

Tienes seguro médico? [ ] Sí [ ] No, si tienes seguro cual es el nombre de su plan,

Nombre del Plan Medico \_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_

Si no tienes seguro, te gustaría solicitar seguro médico? [ ] Sí [ ] No

Recibes beneficios de SNAP (cupones de alimentos)? [ ] Sí [ ] No

Te gustaría solicitar SNAP (cupones de alimentos)? [ ] Sí [ ] No

Tienes menos de 18 años? [ ] Sí [ ] No

### Información financiera

[ ] Me sostengo económicamente, mi ingreso semanal es \$ \_\_\_\_\_ o

Trabajo \_\_\_\_\_ horas a la semana con un salario de \$ \_\_\_\_\_ por hora.

[ ] Mi familia me ayuda económicamente

Nuestro ingreso semanal total es \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas contribuyen a este ingreso? \_\_\_\_\_

[ ] Mi pareja o esposo (a) me ayuda económicamente

Nuestro ingreso semanal total es \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas contribuyen a este ingreso? \_\_\_\_\_

### Colección de datos

Toda tu información es confidencial y se utilizará solamente para el propósito de estadísticos.

¿Cual es tu idioma principal? \_\_\_\_\_

Raza **Marque todo lo que corresponda**      Caucásico      Afroamericano

Nativo Americano/ Alaskan      Asiático      Hawaiano/ Isleño pacifico

Yo, \_\_\_\_\_ auto-certifico que toda la información proporcionada con respecto a mis ingresos y el tamaño de la familia es verdadera.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en escrito: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El paciente fue educado en nuestra escala de honorarios y se ha negado a proporcionar la información requerida.

Verificación de personal: \_\_\_\_\_

Fecha completado: \_\_\_\_\_

**\* Este formulario financiero tiene que ser completado por los pacientes cada año para calificar para un descuento en los costos de servicios.**

## ESCALA TARIFARIA GRADUAL

### Basada en las Pautas Federales de Pobreza en 2026

InterCommunity ofrece una escala tarifaria gradual para los pacientes del Centro de Salud la cual estipula lo siguiente:

- A las personas y a las familias cuyos ingresos anuales son iguales o inferiores al 100 % de las Pautas federales de pobreza, tal como se muestra en la Columna A del cuadro a continuación, se les cobrará solamente una tarifa nominal de \$18.00 por servicio.
- A las personas y a las familias cuyos ingresos anuales son superiores al 100 % de las Pautas federales de pobreza e iguales o inferiores al 200 % de estas pautas, tal como se muestra en las Columnas B a la E del cuadro a continuación, se les ofrecerán los descuentos porcentuales correspondientes.
- Sujeto a las restricciones legales y contractuales, se aplicarán descuentos a copagos y a los deducibles, así como a los saldos de seguros.
- No se ofrecen descuentos para las personas y las familias cuyos ingresos anuales superan el 200 % de las Pautas federales de pobreza.

Family Size	A		B		C		D		E		F
	Tarifa Nominal de \$18*		80% de Descuento		60% de Descuento		40% de Descuento		20% de Descuento		0% de Descuento
	Above	Up To	Above	Up To	Above	Up To	Above	Up To	Above	Up To	Above
1	\$0	\$15,960	\$15,961	\$19,950	\$19,951	\$23,940	\$23,941	\$27,930	\$27,931	\$31,920	\$31,921
2	\$0	\$21,640	\$21,641	\$27,050	\$27,051	\$32,460	\$32,461	\$37,870	\$37,871	\$43,280	\$43,281
3	\$0	\$27,320	\$27,321	\$34,150	\$34,151	\$40,980	\$40,981	\$47,810	\$47,811	\$54,640	\$54,641
4	\$0	\$33,000	\$33,001	\$41,250	\$41,251	\$49,500	\$49,501	\$57,750	\$57,751	\$66,000	\$66,001
5	\$0	\$38,680	\$38,681	\$48,350	\$48,351	\$58,020	\$58,021	\$67,690	\$67,691	\$77,360	\$77,361
6	\$0	\$44,360	\$44,361	\$55,450	\$55,451	\$66,540	\$66,541	\$77,630	\$77,631	\$88,720	\$88,721
7	\$0	\$50,040	\$50,041	\$62,550	\$62,551	\$75,060	\$75,061	\$87,570	\$87,571	\$100,080	\$100,081
8	\$0	\$55,720	\$55,721	\$69,650	\$69,651	\$83,580	\$83,581	\$97,510	\$97,511	\$111,440	\$111,441
Nivel de pobreza	≤100%		>100%-125%		>125%-150%		>150%-175%		>175%-200%		>200%

\*\* En el caso de las familias/los grupos familiares de más de 8 personas, agregar \$5,500 por persona al 100% del nivel de pobreza.