



**SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE**

Devolver la(s) solicitud(es) completada(s) y la documentación de ingresos **dentro de los 10 días hábiles** posteriores a una visita a cualquier centro de Complete Health

O envíelo por correo directamente a: 350 Pine St./Rapid City, SD 57701 O envíelo por correo electrónico a [patientsupport@chsd.care](mailto:patientsupport@chsd.care)

Complete Health ofrece descuentos en ciertos servicios, según los ingresos y el tamaño del hogar del paciente. Para calificar para la tarifa variable, debe mostrar comprobante de ingresos de todos los miembros de la familia/personas que viven en su hogar de los que es financieramente responsable. Los ingresos de su hogar se reevaluarán según sea necesario. Debe volver a presentar la solicitud y proporcionar la documentación de ingresos actualizada en ese momento. Para calificar, proporcione (todo lo que corresponda):

- Declaraciones de impuestos federales del año anterior, W-2 o 1099 (personales y/o comerciales si trabaja por cuenta propia) Recibos de pago más recientes que abarquen cuatro semanas
- Tres meses de contabilidad de la empresa si trabaja por cuenta propia
- Ingresos del Seguro Social o de pensión (incluidas las cartas de discapacidad) o estados de cuenta bancarios
- Cartas de beneficios de la Administración/Asuntos de Veteranos
- Cartas de manutención de menores, avisos de SNAP
- Subsidio de desempleo/compensación laboral
- Cartas de adjudicación de cuidado de crianza u otra asistencia pública

**Tenga en cuenta que es posible que aún sea responsable del pago de algunos procedimientos, análisis de laboratorio y medicamentos. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Facturación de Complete Health al (605) 721-8939.**

**Auto-Certificado de Ingresos**

Certifico que mi ingreso familiar **bruto anual** es de \$ \_\_\_\_\_ y que tengo \_\_\_\_\_ individuals en mi hogar.

Tamaño del hogar	Nivel del programa de descuento de tarifa variable					
	Un	B	C	D	E	F
1	Menos de \$15,060	De \$15,061 a \$18,825	De \$18,226 a \$22,590	De \$22,591 a \$26,355	De \$26,356 a \$30,120	Arriba \$30,121
2	Menos de \$20,440	De \$20,441 a \$25,550	De \$25,551 a \$30,660	De \$30,661 a \$35,770	De \$35,771 a \$40,880	Más de \$40,881
3	Por debajo de \$25,820	De \$25,821 a \$32,275	De \$32,276 a \$38,730	De \$38,731 a \$45,185	De \$45,186 a \$51,640	Más de \$51,641
4	Por debajo de \$31,200	De \$31,201 a \$39,000	De \$39,001 a \$46,800	De \$46,801 a \$54,600	De \$54,601 a \$62,400	Arriba \$62,401
5	Menos de \$36,580	De \$36,581 a \$45,725	De \$45,726 a \$54,870	De \$54,871 a \$64,015	De \$64,016 a \$73,160	Arriba \$73,161
6	Por debajo de \$41,960	De \$41,961 a \$52,450	De \$52,451 a \$62,940	De \$62,941 a \$73,430	De \$73,431 a \$83,920	Arriba \$83,921
<b>Por cada persona adicional</b>	Agregar \$5,380	Agregar \$6,725	Agregar \$8,070	Agregar \$9,415	Agregar \$10,760	

Para calificar para este descuento, debe proporcionarnos la documentación de ingresos anterior dentro de los 10 días posteriores a esta visita, que es \_\_\_\_\_.

No tengo ninguna de las fuentes de ingresos anteriores (dado que no tengo una fuente de ingresos, acepto reunirme con un miembro del personal de Complete Health para revisar cómo estoy proporcionando mis elementos esenciales básicos de la vida/alimentos/refugio)