



Syracuse Community Health Center, Inc.
 819 South Salina Street
 Syracuse, New York 13202
 (315) 476- 7921

SCHC East
 1938 E. Fayette Street
 Syracuse, NY 13210
 (315) 474-4077

SCHC West
 603 Oswego Street
 Syracuse, NY 13204
 (315) 424-0800

SCHC South
 1700 South Ave.
 Syracuse, NY 13207
 (315) 234-8336

TARIFAS PROGRAMA

Syracusa Centro de Salud de la Comunidad ofrece un costo variable. Esto significa que podemos ajustar los cargos por servicios médicos y odontológicos en función de su tamaño de la familia y los ingresos de los hogares. Si usted tiene seguro, completando un costo variable aplicación garantizará que recibe un descuento si usted experimenta una pérdida de cobertura o incurrir en costos por servicios no cubiertos por su seguro.

Por favor compruebe el ingreso gráfico a continuación. Si su ingreso bruto (definido como antes de impuestos) aparece en la línea que muestra el número de los miembros de la familia que viven con usted, que usted es responsable de, usted puede ser elegible para un cargo reducido.

Complete el formulario de solicitud en el lado de la marcha atrás y proporcionar la necesaria verificación de ingresos para que nuestro personal del departamento de facturación puede revisar su aplicación. También puede enviar el formulario con verificación de ingresos necesarios, como se dice en el reverso, a la dirección arriba indicada y le informará de su estado. Si tiene alguna pregunta no dude en llamar al Syracuse Community Health Center (31 5) 476-7921.

HOUSEHOLD

Discount %	1	2	3	4	5	6	7	8	DENTAL ↑ 18% Discount ↓ ↑ 16% Discount ↓ 0%	
Nominal Fee	\$10.00	\$10.00	\$10.00	\$10.00	\$10.00	\$10.00	\$10.00	\$10.00		
Family income at or below 100% of FPI										
80% (100-140% of FPL)										
From income amount	\$12,760	\$17,240	\$21,720	\$26,200	\$30,680	\$35,160	\$39,640	\$44,120		
To income amount	\$17,864	\$24,136	\$30,408	\$36,680	\$42,952	\$49,224	\$55,496	\$61,768		
60% (140-160% of FPL)										
From income amount	\$17,865	\$24,137	\$30,409	\$36,681	\$42,953	\$49,225	\$55,497	\$61,769		
To income amount	\$20,416	\$27,584	\$34,752	\$41,920	\$49,088	\$56,256	\$63,424	\$70,592		
40% (160-180% of FPL)										
From income amount	\$20,417	\$27,585	\$34,753	\$41,921	\$49,089	\$56,257	\$63,425	\$70,593		
To income amount	\$32,157	\$43,447	\$54,736	\$66,026	\$77,315	\$88,605	\$99,895	\$111,184		
20% (180-200% of FPL)										
From income amount	\$32,158	\$43,448	\$54,737	\$66,027	\$77,316	\$88,606	\$99,896	\$111,185		
To income amount	\$40,834	\$55,170	\$69,506	\$83,842	\$98,178	\$112,514	\$126,850	\$141,186		
0% From income amount and above	\$40,835	\$55,171	\$69,507	\$83,843	\$98,179	\$112,515	\$126,851	\$141,187		

CERTIFICACION/FOMULARIO DE DECLARACION PROPIA



Patient MR# _____

APLICACIÓN DE TARIFAS

Por favor ajuste de escala completa y volver a: Syracuse Community Health Center
819 South Salina Street • Syracuse, NY 13202 • Attn: Departamento de Facturación

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

Empleador actual _____

Empleador Dirección _____ Empleador Teléfono _____

FUENTE DE INGRESOS	MES ACTUAL	ULTIMOS 12 MESES
Salarios o ingresos de los trabajadores por cuenta propia	\$	\$
Asistencia Publica	\$	\$
Desempleo o Compensación de Trabajadores	\$	\$
Pensión Alimenticia o manutención de los hijos	\$	\$
Pensions	\$	\$
Otros ingresos, incluidos los dividendos o intereses	\$	\$
TOTALES:	\$	\$

NOTA: Verificación de todas sus fuentes de ingresos debe ser presentado con esta aplicación. Verificación aceptable incluye una copia de la última declaración de impuestos (sólo si los trabajadores por cuenta propia) un mes de talones de sueldo de un empleador o el desempleo declaración de Asistencia Pública o a la Seguridad Social, etc. no tienes, o no están al corriente de lo que se envía para su verificación, por favor llame 315-476 -7921 y seleccione Billing Department.

INFORMACION SOBRE EL HOGAR

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se utiliza para determinar la elegibilidad para el Centro de Salud de la Comunidad Siracusa tarifas del programa de descuentos. También entiendo que, si yo intencionalmente tergiversar ingresos de mi familia, yo no voy a ser elegibles para la futura los descuentos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS DEBE ACOMPAÑAR APLICACIÓN

For office use only: Qualifies for _____ % discount Date of determination: _____ Account Number: _____	Does not qualify because: _____ _____
---	---