



Solicitud de escala de tarifas móvil / Criterios de financiamiento estatal (2020 Directrices)

Es la política de Meridian Behavioral Health Services, Inc. (Meridian) que a todos los consumidores directos de Meridian (aquellos que no están respaldados por fondos estatales, Medicaid, Medicare o Health Choice) se les cobrará una tarifa por los servicios prestados. Todos los servicios elegibles para la reducción de tarifas se evaluarán en una escala de tarifas móvil basada en las Pautas Federales de Pobreza del año en curso. Esta información también se enumera en el Folleto de Derechos del Cliente. Para calificar para la escala de tarifas móvil de Meridian, debe proporcionar verificación de ingresos. Además, en algunas circunstancias, los fondos estatales están disponibles para las personas cuyos ingresos son del 300% o inferiores a la guía federal de pobreza. En ningún caso se denegará el acceso a los servicios básicos de Meridian a un consumidor únicamente por la imposibilidad de pagar una cuota.

INGRESO FAMILIAR ANUAL						
Tamaño del hogar	100% O MENOS	101-130% FPL	131-170% FPL	171-200% FPL	201% -300%	301% +
1	US\$ 12,880	\$12,881 - \$16,744	\$16,745 - \$21,896	\$21,897 - \$25,760	\$25,761 - \$38,640	\$38,641 +
2	US\$ 17,420	\$17,421 - \$22,646	\$22,647- \$29,614	\$29,615- \$34,840	\$34,841 - \$52,260	\$52,261 +
3	US\$ 21,960	\$21,961 - \$28,548	\$28,549 - \$37,332	\$37,333- \$43,920	\$43,921- \$65,880	\$65,881 +
4	US\$ 26,500	\$26,501 - \$34,450	\$34,451 - \$45,050	\$45,051- \$53,000	\$53,001 - \$79,500	\$79,501 +
5	US\$ 31,040	\$31,041 - \$40,352	\$40,353 - \$52,768	\$52,769- \$62,080	\$62,081 - \$93,120	\$93,121 +
*Agregue \$4,540 por año por cada miembro adicional del hogar.						
Nivel de descuento	5	4	3	2	1	0
SERVICIOS BÁSICOS						
Descuento básico %	Tarifa nominal	70%	50%	30%	0%	0%
Terapia Individual	US\$ 5.00	US\$ 33.00	US\$ 55.00	US\$ 77.00	US\$ 110.00	US\$ 110.00
Terapia Familiar	US\$ 5.00	US\$ 33.00	US\$ 55.00	US\$ 77.00	US\$ 110.00	US\$ 110.00
Terapia de grupo	US\$ 5.00	US\$ 22.50	US\$ 37.50	US\$ 52.50	US\$ 75.00	US\$ 75.00
Evaluación clínica	US\$ 5.00	US\$ 52.50	US\$ 87.50	US\$ 122.50	US\$ 175.00	US\$ 175.00
Evaluación Psiquiátrica/Clínica	US\$ 5.00	US\$ 68.40	US\$ 114.00	US\$ 159.60	US\$ 248.00	US\$ 248.00
Seguimiento Psiquiátrico/Clínico	US\$ 5.00	US\$ 68.40	US\$ 114.00	US\$ 159.60	US\$ 248.00	US\$ 248.00
SERVICIOS ESPECIALIZADOS/MEJORADOS						
Ingesta de Suboxone	US\$ 11.00	US\$ 33.00	US\$ 55.00	US\$ 77.00	US\$ 110.00	US\$ 110.00
Suboxone Re-Check	US\$ 97.00	US\$ 134.75	US\$ 172.50	US\$ 210.25	US\$ 248.00	US\$ 248.00
Examen de detección de drogas en orina	US\$ 4.00	US\$ 12.00	US\$ 20.00	US\$ 28.00	US\$ 40.00	US\$ 40.00

Solicitud de escala de tarifas móvil / Criterios de financiamiento estatal

NOMBRE DEL CLIENTE:	FECHA DE EVALUACIÓN:
---------------------	----------------------

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Propio		Otro miembro de la familia/dependiente	
Esposo		Otro miembro de la familia/dependiente	
Otro miembro de la familia/dependiente		Otro miembro de la familia/dependiente	

Total de adultos en familia: _____

Total de adultos y niños en familia: _____

Total de niños (<18) en familia: _____

Fuente	Propio	Esposo	Otro	Total
Gros salarios, salario, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Desempleo/ compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión / ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos, alquiler, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas.				
INGRESOS TOTALES				

Elegibilidad del nivel de descuento: (marque uno)

Nivel 5 Nivel 4 Nivel 3 Nivel 2 Nivel 1 Nivel 0 N/A: el cliente es elegible para recibir fondos estatales.

Las evaluaciones de la escala de tarifas móviles se actualizan como mínimo anualmente o en el momento de un evento calificado, incluidos, entre otros, el empleo, el desempleo, una reducción / aumento a largo plazo de las horas y / o el cambio en la tasa de pago. Las cuotas móviles se aplicarán a los servicios hasta 6 meses con carácter retroactivo y 12 meses después de la fecha aprobada. Todos los cargos aplicables se esperan antes de ser vistos. Si no puede pagar los servicios según lo acordado, comuníquese con el departamento de facturación de Meridian al (828) 631 – 3973 ext. 1001.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa a mi leal saber y entender. Si se descubre que es inexacto, entiendo que cualquier descuento para el que era elegible puede ya no ser válido y puedo estar sujeto al cargo por los servicios prestados. Si hay un cambio en mi situación financiera, notificaré al personal de Meridian antes de mi próxima cita. La falta de notificación al personal de Meridian de un cambio en mi estado financiero puede resultar en la terminación de este acuerdo y puedo estar sujeto al cargo total por los servicios prestados. Entiendo que el pago vence en el momento del servicio y se me pedirá que realice un pago cuando me registre para mi cita, sin embargo, no se me negará el acceso a los servicios básicos de Meridian únicamente por la incapacidad de pagar.

Firma: _____

Meridiano: _____



Sin comprobante de ingresos / carta de apoyo

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Proporcione la siguiente información para la(s) persona(s) que le proporciona apoyo financiero.	

Nombre: _____
Dirección: _____

A COMPLETAR POR LA PERSONA QUE PROPORCIONA EL APOYO FINANCIERO:
 Las tarifas de Meridian se basan en el tipo de servicio prestado, así como en los ingresos del individuo y el tamaño de la familia. La persona mencionada anteriormente lo ha incluido como una persona que le brinda apoyo financiero. Responda las siguientes preguntas para ayudarnos a comprender mejor el nivel de apoyo financiero que brinda a esta persona.

¿Esta persona vive actualmente con usted?

- Sí, esta persona ha vivido conmigo durante ___ año(s) ___ month(s) ___ día(s)
- No, esta persona no vive conmigo.

¿Qué tipo de apoyo le brindas a esta persona?

- Alimentos Vivienda Servicios Públicos Atención Médica Dinero Otro apoyó

Sírvase proporcionar una breve descripción de la situación:

Certifico que la información que he proporcionado es precisa a mi leal saber y entender.

FIRMA DE LA FECHA DE APOYO FINANCIERO

Certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa a mi leal saber y entender. Si se determina que es inexacto, entiendo que cualquier descuento para el que era elegible puede ya no ser válido y puedo estar sujeto al cargo total por los servicios prestados. Si hay un cambio en mi situación financiera, notificaré al personal de Meridian antes de mi próxima cita. La falta de notificación al personal de Meridian de un cambio en mi estado financiero puede resultar en la terminación de este acuerdo y puedo estar sujeto al cargo total por los servicios prestados. Entiendo que la elegibilidad financiera puede evaluarse al menos una vez al año.

FIRMA DE LA FECHA DEL DESTINATARIO DEL SERVICIO