

Broad Top Area Medical Center, Inc.
2026 SLIDING FEE SCALE DISCOUNT PROGRAM – FORMULARIO DE EDUCACIÓN E INTERESES
DIRECTRICES FEDERALES CONTRA LA POBREZA

Broad Top Area Medical Center Inc. (BTAMC) es un centro de salud federalmente cualificado sin ánimo de lucro; nuestra misión es proporcionar acceso a una atención sanitaria asequible y de alta calidad sin discriminación por raza, color, sexo, discapacidad, edad, credo u origen nacional. BTAMC proporcionará servicios dentro del alcance a todos los pacientes, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago. Cada paciente puede solicitar nuestro Programa de Descuento por Escala Móvil de Tarifas (SFS) para determinar la cualificación. Los pacientes pueden optar por rechazar nuestro programa de beneficios.

La elegibilidad para los descuentos por tasas móviles se basa en las directrices federales de ingresos del nivel de pobreza (FPL), que se ajustan anualmente y operan de acuerdo con otras normativas federales de los programas. **Se anima a TODOS** los pacientes a solicitar. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente pueden optar al programa en función del tamaño de su hogar y los ingresos de su familia. Las solicitudes para el Programa de Descuentos de Escala Móvil están disponibles en todos los mostradores de recepción de BTAMC y en línea – visita nuestra página web: www.broadtopmedical.com

Puntos importantes del programa de descuento son:

- La Escala de Tarifas Móvil ofrece descuentos significativos en **servicios médicos y dentales** en cada ubicación de BTAMC.
- La Escala de Tarifas Progresivas **no es** un programa de seguro: es un beneficio que se ofrece a TODOS nuestros pacientes.
- El periodo de beneficios de la Escala de Tarifas Móvil va del **1 de marzo al último día de febrero**.
- Tu elegibilidad se basa únicamente en el tamaño de tu hogar y en los ingresos brutos anuales de tu hogar.
- Podrías optar al programa, incluso si tienes seguro médico y/o cobertura dental de terceros.
- Cumplirás los requisitos para el programa si los ingresos de tu hogar están por debajo y/o hasta el **200 %** del umbral federal de pobreza.
- Debes solicitar el programa para determinar tu descuento en la escala de tarifas ajustable cualificada.
- Debes aportar pruebas de ingresos junto con tu solicitud, como formularios de impuestos, nóminas o extractos bancarios.
- Se recomienda que vuelvas a solicitar cada vez que cambie el ingreso o el tamaño de tu hogar, como cuando alguien pierde el seguro, alguien se queda desempleado o si pierdes o añades a un familiar, incluso cuando el cambio es temporal.
- **Debes renovar tu solicitud y presentar prueba de ingresos cada año para poder optar a los descuentos en escala de tarifas móviles.**
- Las solicitudes y preguntas pueden enviarse en persona a cualquier oficina de BTAMC, devueltas por correo o enviadas por correo electrónico seguro a: enrollment@broadtopmedical.com

DIRECTRICES DE POBREZA DE 2026 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA

* Para familias/hogares con más de 8 personas, añadir **\$5,680** por cada persona adicional.

EN LA TABLA SIGUIENTE, POR FAVOR CIRCLE EL TAMAÑO DE LA FAMILIA Y LA RENTA ANUAL ANUAL DEL HOGAR ESTIMADA PARA 2026

Pedimos a cada paciente que comparta su ingreso anual del hogar. Solo recopilamos información agregada porque BTAMC recibe fondos federales para programas de asistencia que benefician a pacientes con ingresos más bajos. Tu información es confidencial. ¡Gracias!

Family Size	(<=100%)	(101% - 125%)	(126% - 150%)	(151% - 175%)	(176% - 200%)	Above 200% FPL
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 - \$51,640	\$51,641 +
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 +

Lamentablemente, entiendo que pueda optar al Programa de Descuento por Tarifa Deslizante, pero en este momento decido rechazarlo.

triste Sí, me gustaría solicitar el programa de descuento por tasa ajustable, por favor contáctame en este Número de Teléfono: _____

Imprimir nombre del paciente/solicitante o firma del padre/tutor

de la fecha del paciente

Fecha de nacimiento del paciente/solicitante

Firma del personal/Fecha del testigo