

HOJA DE INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE LA ESCALA VARIABLE DE TARIFAS

La Escala variable de tarifas (*Sliding Fee Scale*) puede brindarle un descuento en los servicios de West Michigan Community Mental Health.

- Para determinar su elegibilidad para el Programa de escala variable de tarifas, se necesita una Solicitud de la escala variable de tarifas completada y un comprobante de ingresos del grupo familiar.
- Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial.

PASO 1: Complete la Solicitud de la escala variable de tarifas

PASO 2: Firme al final de la Solicitud de la escala variable de tarifas

PASO 3: Presente el comprobante de TODOS los ingresos para TODOS los miembros del hogar (consulte la página 2 para ver la descripción de tamaño familiar y de miembro del grupo familiar)

PASO 4: Incluya sus comprobantes de ingresos con su Solicitud de la escala variable de tarifas y envíelos por correo o entréguelos personalmente en cualquiera de nuestras ubicaciones de West Michigan Community Mental Health.

Debe proporcionar uno de los siguientes documentos como comprobante de ingresos del núcleo familiar:

- Declaración de impuestos a la renta federal (*Federal Income Tax Return*) más reciente
- Formulario W-2 más reciente
- 1 mes de los recibos de sueldo del núcleo familiar más recientes
- Cartas de adjudicación del Seguro social y pensiones, anualidades, fondos fiduciarios (si corresponde)
- **Tenga en cuenta:**
 - Si está casado, debe proporcionar su comprobante de ingresos y el de su cónyuge.
 - Si está haciendo la solicitud para un menor y este tiene empleo o tiene algún tipo de ingreso, usted debe proporcionar la información de ese ingreso.

PASO 5: Cuando la solicitud adjunta se complete y se entregue con el comprobante de ingresos del grupo familiar, WM le informará por correo los resultados de su solicitud.

Preguntas frecuentes sobre la Escala variable de tarifas

¿Qué es la Escala variable de tarifas y en qué se basa?

El Programa de Descuento de Tarifas Variables (*Sliding Fee Discount Program*) es un programa federal que permite que West Michigan Community Mental Health descunte nuestros cargos normales por los servicios prestados.

Se usarán las pautas de pobreza federales (*Federal Poverty Guidelines*) 2026 para determinar sus gastos personales.

¿Cómo obtengo una solicitud para el Programa de Descuento de Tarifas Variables?

Los paquetes de la Escala variable de tarifas están en la recepción de cada centro. También puede llamar a nuestro Departamento de Reembolsos (*Reimbursement Department*) al 231.845.6294 para solicitar que le envíen uno por correo.

¿Cómo se determina la elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifas Variables?

La elegibilidad se determina según el tamaño del grupo familiar, los ingresos brutos anuales del grupo familiar y la solicitud completada.

¿Quién se considera “miembro del grupo familiar”?

El tamaño de la familia significa una unidad familiar que consiste en la persona, los cónyuges y los dependientes.

¿Cuánto pagaré si soy aprobado para el Programa de Descuento de Tarifas Variables?

El 1 de diciembre de 2023, WM deberá implementar un copago por visita para cumplir con las Normas administrativas de Michigan. Esto significa que su capacidad de pagar se fijará con un **copago por visita** (que deberá pagar al momento del servicio) con un **máximo mensual**.

Por ejemplo, si su máximo mensual se calcula que es \$49 por mes, su copago por visita será de \$15 por visita pero no podrá exceder su máximo mensual de \$49. Usted pagará \$15 por visita pero no más de \$49 por mes.

**Los especialistas de reembolsos de WMCMH (*WMCMH Reimbursement Specialists*)
están disponibles para responder preguntas.**

**Llame al 231.845.6294 y pregunte por el Departamento de Reembolsos
(*Reimbursement Department*).**

CENTROS DE WMCMH

Baldwin: 1090 North Michigan Avenue, Baldwin, MI 49304

Hart: 105 Lincoln Street, Hart, MI 49420

Ludington: 920 Diana Street, Ludington, MI 49431

Solicitud de escala variable de tarifas

Información del cliente

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre: N.º de caso:			
Dirección postal/de residencia:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de teléfono:	F. de nac.:	Cantidad de personas en su tamaño de familia, incluido usted:	
Si es menor de edad, nombre de la parte responsable: F. de nac.: N.º de teléfono:			

Información del tamaño del grupo familiar

Enumere a todas las personas en su familia. El tamaño de la familia significa una unidad familiar que consiste en la persona, los cónyuges y los dependientes.

Apellido	Nombre	F. de nac.	Relación con el solicitante

Información del tamaño del grupo familiar

Enumere a todas las personas en su familia. El tamaño de la familia significa una unidad familiar que consiste en la persona, los cónyuges y los dependientes.

****WM solo usará los miembros elegibles para determinar los resultados de su solicitud.**

Tipos de ingresos recibidos por el grupo familiar

Marque (✓) las siguientes columnas para indicar *todas* las fuentes de ingresos:				
Fuente de ingresos	Solicitante	Cónyuge/pareja	Otra	Información adicional
Sueldos/salarios				
Trabajador independiente				
Desempleado				
Seguro Social/Discapacidad				
Pensión/Inversión (p. ej., 401K, IRA, etc.)				
Pensión alimenticia/otra				

Por el presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta al día de la fecha y autorizo a West Michigan Community Mental Health a verificar toda la información indicada anteriormente. Acepto que si tengo algún cambio significativo en el ingreso del grupo familiar, debo informarlo para que se pueda volver a determinar mi elegibilidad.

Firma del solicitante, padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

****Las solicitudes que no contengan la firma no serán aceptadas y se devolverán.**

ENVIAR LA SOLICITUD COMPLETADA Y EL COMPROBANTE DE INGRESOS DEL NÚCLEO FAMILIAR A: West Michigan Community Mental Health