



Solicitud de Descuento por Dificultades Financieras / Escala Móvil

Propósito: Este formulario permite a los pacientes solicitar una tarifa reducida bajo el Programa de Descuento por Dificultades Financieras. Renewed Mental Health Group (RMHG) brinda servicios a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Ningún paciente será rechazado ni se le negarán servicios debido a su incapacidad para pagar. La elegibilidad para tarifas con descuento se basa en el ingreso familiar y el tamaño del hogar, según las Pautas Federales de Pobreza (FPG) actuales. Toda la información proporcionada es confidencial y se utiliza únicamente para determinar la elegibilidad.

Sección 1 – Información del Paciente:

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha de solicitud: _____

Fecha de nacimiento: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Sección 2 – Información del Hogar e Ingresos:

Número de personas en el hogar (incluyéndose a usted): ____ Ingreso bruto anual total del hogar: USD\$ _____

Estado Laboral:

Empleado Trabajador independiente Desempleado Jubilado Otro: _____

Fuente de ingreso:

Sueldo Negocio propio Desempleo Discapacidad/SSI Asistencia pública Otro: _____

Prueba de ingresos presentada:

Talonarios de pago Declaración de impuestos W-2 Carta de beneficios Carta del empleador

Autodeclaración de ingresos

Si no puede proporcionar documentación, explique:

Sección 3 – Circunstancias Financieras (Opcional)

Describa cualquier circunstancia financiera especial (pérdida de empleo, facturas médicas, dependientes, etc.):

Sección 4 – Certificación del paciente

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y completa. Entiendo que los descuentos se basan en los ingresos verificados y el tamaño del hogar, se aplican solo a los servicios de pago por cuenta propia o fuera de la red, y siguen siendo válidos por 12 meses a menos que cambie mi situación financiera. Acepto notificar a RMHG sobre cualquier cambio en los ingresos o el tamaño del hogar.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Section 5 – Authorized Representative (Clinic Use Only)

Household Income: \$ _____

Household Size: _____

100% FPL for Household Size: \$ _____

Calculated FPL%: _____ %

Hardship Category: Severe (0–100%) Moderate (101–200%) Limited (201–300%) Ineligible (>300%)

Discount Approved – Initial Evaluation: \$75 \$50 \$25 None

Discount Approved – Follow-Up Visit: \$50 \$25 None

Discount Approved – Therapy Session: \$50 \$25 None

Effective Dates: From _____ To _____ (max 12 months)

Approved By (Print Name): _____ Title: _____

Signature: _____ Date: _____

Notes / Comments: _____

Good Faith Estimate Acknowledgment: Patient has received and reviewed a Good Faith Estimate of expected charges for requested services in compliance with the No Surprises Act.

Confidentiality and Retention Notice: This completed form and supporting documents are confidential and stored securely in billing files, in compliance with HIPAA and California privacy law. Records are retained for seven (7) years under the Renewed Mental Health Group Financial Hardship Discount Policy (2025).