Jane Pauley Community Health Center

Asistencia financiera

2026 Guia de Pobreza Federal y descuento de El Centro de Salud Comunitario Jane Pauley

		Nivel A (≤100%)	Nivel B (101% - 149%)		Nivel C (150% - 174%)		Nivel D (175% - 200%)		Nivel E (>200%)
Tamaño Familiar	**Ingreso**	**Menos de/ Igual a**	**Minimo**	**Maximo**	**Minimo**	**Maximo**	**Minimo**	**Maximo**	**Minimo**
1	Anual	$15,960	$15,961	$23,940	$23,941	$27,930	$27,931	$31,920	$31,921
	Mensual	$1,330	$1,331	$1,995	$1,996	$2,328	$2,229	$2,660	$2,661
2	Anual	$21,640	$21,641	$32,460	$32,461	$37,870	$37,871	$43,280	$43,281
	Mensual	$1,803	$1,804	$2,720	$2,721	$3,156	$3,157	$3,607	$3,608
3	Anual	$27,320	$27,321	$40,980	$40,981	$47,810	$47,811	$54,640	$54,641
	Mensual	$2,277	$2,278	$3,415	$3,416	$3,984	$3,985	$4,552	$4,553
4	Anual	$33,000	$33,001	$49,500	$49,501	$57,750	$57,751	$66,000	$66,001
	Mensual	$2,750	$2,751	$4,125	$4,126	$4,813	$4,814	$5,500	$5,501
5	Anual	$38,680	$38,681	$58,020	$58,021	$67,690	$67,691	$77,360	$77,361
	Mensual	$3,223	$3,224	$4,835	$4,836	$5,641	$5,642	$6,447	$6,448
6	Anual	$44,360	$44,361	$66,540	$66,541	$77,630	$77,631	$88,720	$88,721
	Mensual	$3,697	$3,698	$5,544	$5,545	$6,468	$6,469	$7,393	$7,394
7	Anual	$50,040	$50,041	$75,060	$75,061	$87,570	$87,571	$100,080	$100,081
	Mensual	$4,170	$4,171	$6,255	$6,256	$7,298	$7,299	$8,340	$8,341
8	Anual	$55,720	$55,721	$83,580	$83,581	$97,510	$97,511	$111,440	$111,441
	Mensual	$4,643	$4,644	$6,965	$6,966	$8,126	$8,127	$9,286	$9,287

	A	**B**	**C**	**D**	**E**
Descuento	**100%**	**75%**	**50%**	**25%**	**0%**
Copago Visita	**$20**	**$20, serán facturados el restante 25% de los cargos**	**$20, serán facturados el restante 50% de los cargos**	**$20, serán facturados el restante 75% de los cargos**	**$20, serán facturados el restante 100% de los cargos**
Consultorio Servicios Dental	**$30**	**$30, serán facturados el restante 25% de los cargos**	**$30, serán facturados el restante 50% de los cargos**	**$30, serán facturados el restante 75% de los cargos**	**$30, serán facturados el restante 100% de los cargos**
Honorarios de Laboratorio Se facturará al paciente; no se realizará ningún pago en el momento del servicio.	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**No bill directo - pagar tarifa completa MACL**
Tarifa por tiempo de servicio para el paciente en la visita de optometría.	**$20**	**$20, serán facturados el restante 25% de los cargos**	**$20, serán facturados el restante 50% de los cargos**	**$20, serán facturados el restante 75% de los cargos**	**$20, serán facturados el restante 100% de los cargos**
Los costos del marco y las lentes de optometría se cobrará en su totalidad antes de realizar el pedido.	**$45**	**$60**	**$75**	**$90**	**100% de los cargos**

CÓMO UTILIZAR ESTA ESCALA:

(1) Determinar el nùmero de miembros de una unidad familiar
(2) Determinar todo el ingreso apoyando la familia (por ejemplo, talone de cheque,pension, retiro, etc.)
(3) Encontrar el número de miembros de la familia en la columna 1 (“Tamaño Familiar”).
(4) Determinar el alcance ingreso de la familia del paciente.
(5) La columna en la que la familia del paciente alcance indica el porcentaje de descuento.

*** Tamaño Familiar (Agregar $5,140 Por cada persona adicional)**