**Formulario de Elegibilidad de Escala de Tarifa Variable 2025**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Paciente: |  | Fecha de nacimento: |  | Acct #: |  |

Los servicios con descuento en Generations pueden estar disponibles para usted, en función de la información de ingresos y el tamaño de la familia que proporcione a continuación.

Complete las preguntas 1 y 2 a continuación O use la tabla a continuación para proporcionar los ingresos de su hogar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) ¿Cuál es el tamaño de tu familia? |  | 2) Por favor proporcione su ingreso mensua: |  |

**O**

*\*\*Los lineamientos federales de pobreza se actualizan anualmente\*\* \*\*Última actualización 2/1/2025\*\**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Encuentre el tamaño de su familia y circule el rango de ingresos anuales para su hogar** | | | | | | | | |
| **Family Size** | **<100%** | **101-125%** | | **126-150%** | | **151-200%** | | **200%+** |
| **Ingresos iguales o inferiores a** | **ango de ingresos anuales** | | **ango de ingresos anuales** | | **ango de ingresos anuales** | | **ango de ingresos anuales** |
| **From** | **To** | **From** | **To** | **From** | **To** | **At least** |
| **1** | $15,650 | $15,651 | $19,563 | $19,564 | $23,475 | $23,476 | $31,300 | $31,301 |
| **2** | $21,150 | $21,151 | $26,438 | $26,439 | $31,725 | $31,726 | $42,300 | $42,301 |
| **3** | $26,650 | $26,651 | $33,313 | $33,314 | $39,975 | $39,976 | $53,300 | $53,301 |
| **4** | $32,150 | $32,151 | $40,188 | $40,189 | $48,225 | $48,226 | $64,300 | $64,301 |
| **5** | $37,650 | $37,651 | $47,063 | $47,064 | $56,475 | $56,476 | $75,300 | $75,301 |
| **6** | $43,150 | $43,151 | $53,938 | $53,939 | $64,725 | $64,726 | $86,300 | $86,301 |
| **7** | $48,650 | $48,651 | $60,813 | $60,814 | $72,975 | $72,976 | $97,300 | $97,301 |
| **8** | $54,150 | $54,151 | $67,688 | $67,689 | $81,225 | $81,226 | $108,300 | $108,301 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de miembro de la familia** | **Fecha de nacimento:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Al firmar abajo, verifico que la información anterior es verdadera y precisa. Reconozco que este es un programa financiado por el gobierno federal y si se brinda información falsa, podría ser descalificado del programa de descuento de escala móvil. Con base en la información anterior, si califico para el programa de descuento, entiendo que el pago de mi tarifa nominal se debe en cada visita. También reconozco que cualquier tarifa de laboratorio dental incurrida no está incluida en mi tarifa nominal de descuento.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Nombre Impreso |  | Firma |  | Fecha |