Determinación de ayuda financiera

Nombre del paciente:	**Centro clínico**
Número de personas	**(donde se prestan los servicios):**
que viven en la casa:	**Número de la cuenta:**
Ingresos anuales:	**Número de la cuenta:**

A fin de determinar la cantidad que a usted le corresponde pagar, conforme a las normas del *Presbyterian* de atención médica caritativa se debe:

1. **Determinar los ingresos anuales de su familia (los ingresos totales excluyendo las deducciones).**
2. **Consultar la tabla que se encuentra a continuación y encontrar el tamaño de su familia.**
3. **Leer a través de esa línea para determinar dónde quedan sus ingresos. El signo de porcentaje (%) que se encuentra en la parte superior de esa columna es el porcentaje de la cantidad que a usted le corresponde pagar. Se multiplica ese porcentaje por la cuota normal que cobra el sitio por los servicios que se hayan prestado.**

2026 Los límites de ingresos brutos anuales por cada categoría de porcentaje de la escala móvil de honorarios

Tamaño de la familia	La cantidad que a usted le corresponde pagar			
	0%	25%	50%	100%
1	$0 - $31,920	$31,920 - $39,900	$39,901 - $63,840	$63,841+
2	$0 - $43,280	$43,281 - $54,100	$54,101 - $86,560	$86,561+
3	$0 - $54,640	$54,641 - $68,300	$68,301 - $109,280	$109,281+
4	$0 - $66,000	$66,001 - $82,500	$82,501 - $132,000	$132,001+
5	$0 - $77,360	$77,361 - $96,700	$96,701- $154,720	$154,721+
6	$0 - $88,720	$88,721 - $110,900	$110,901 - $177,440	$177,441+
7	$0 - $100,080	$100,081 - $125,100	$125,101- $200,160	$200,161+
8	$0 - $111,440	$111,441 - $139,300	$139,301 - $222,880	$222,881+
Por cada persona adicional	$5,680	$5,680	$5,680	N/A

Sólo para uso interno	
Lo preparó:	Fecha:
Lo autorizó:	Fecha:

Porcentaje de la elegibilidad:	**Cantidad que se ha aprobado:**
Código de reajuste:	**Cantidad que se denegó:**
Número de la cuenta:	**Número de la cuenta:**

Fecha de la última modificación: Enero 2026

PRESBYTERIAN