

## Easterseals MORC

### Escala móvil de tarifas de CCBHC

**Escala móvil de tarifas (SFS, por sus siglas en inglés) para personas calificadas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y que reciben servicios de salud conductual no cubiertos:**

El monto de la visita diaria de la escala móvil de tarifas se basa en su capacidad de pago como se establece en la tabla a continuación. Los límites de ingresos anuales en la tabla se basan en las pautas del Nivel Federal de Pobreza de 2024 y se actualizan anualmente.

El monto de su visita diaria se actualizará al menos una vez al año o cada vez que cambie su situación financiera. Se requiere documentación de sus ingresos anuales y el tamaño de su familia antes de que se apruebe el monto final de la visita diaria. Su declaración de impuestos del estado de MI (MI 1040) se utilizará como documentación.

#### **Tabla de Determinación de Categoría para la Escala Móvil de Tarifas**

Tamaño de la familia	Límite de ingresos anuales				
	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>
1	\$15,060	\$22,590	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2	\$20,440	\$30,660	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3	\$25,820	\$38,730	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4	\$31,200	\$46,800	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5	\$36,580	\$54,870	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6	\$41,960	\$62,940	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7	\$47,340	\$71,010	\$94,680	\$142,020	\$189,360
8	\$52,720	\$79,080	\$105,440	\$158,160	\$210,880
Para cada adicional Miembro de la familia añade:	\$5,380	\$8,070	\$10,760	\$16,140	\$21,520

**Escala móvil de tarifas** (basada en los ingresos estatales anuales y el tamaño de la familia proporcionada a EM y aplicada a la tabla de monto de visitas diarias anterior).

<u>Categoría</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>
Visita diaria Importe	\$0	\$5	\$20	\$50	\$90
Monto Máximo Mensual	\$0	\$90	\$210	\$540	\$960

**Entiendo que soy responsable de los honorarios por los servicios prestados, durante cualquier día de servicio, hasta el monto de mi visita diaria.**

Mi categoría: \_\_\_\_\_ Cantidad de mi visita diaria: \_\_\_\_\_ \$

**Doy fe de que la información proporcionada para determinar el monto de mi visita diaria es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.**

Nombre de la persona servida: \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable: (Letra de imprenta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del titular del caso

\_\_\_\_\_  
Fecha

***A ninguna persona se le negarán los servicios por falta de capacidad de pago.***