



TEMOS ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DISPONÍVEL PARA PACIENTES QUALIFICADOS DE BAIXA RENDA, COM OU SEM SEGURO DE SAÚDE.

Para ser elegível, um indivíduo deve marcar um apontamento com um dos nossos Coordenadores de Benefícios para Pacientes .

- O horário de funcionamento do Departamento de Benefícios ao Paciente é:

8:00 AM às 5:00 PM - Segunda a Sexta-feira

- O número de telefone do Departamento de Benefícios ao Paciente é: **774-627-1238**
- Você deve trazer as seguintes informações aplicáveis para todos os membros da sua família:

1. Identificação com foto

2. Prova de residência em Massachusetts

(Exemplos: Recibo de aluguel com nome e endereço, fatura de gás ou energia elétrica, contrato de arrendamento, fatura de imposto sobre imóveis, Se estiver morando com alguém uma carta desse indivíduo informando que você está morando com ele ou uma carta de autodeclaração informando que você mora no endereço atual .)

3. Comprovação de renda (aplicável a todos os membros que possuem renda)

(Exemplos: Dois recibos de pagamento de cada trabalho, carta do desemprego ou dois recibos de cheques, Renda de aluguel, Pensão alimentícia, Renda da previdência social, se você recebe em dinheiro do seu empregador traga uma carta informando as horas trabalhadas e o salário bruto por semana e se você é trabalhador por conta própria traga sua declaração de imposto de renda federal do ano anterior (formulário de imposto 1040 com formulário de programação C)

A clínica HealthFirst fornecerá um plano de pagamento por até dois anos para pacientes de baixa renda ou que se qualifiquem para dificuldades médicas sob a regra de lei 114.6 CMR 13.05

A clínica HealthFirst oferece descontos de Escala de Pagamento (Slide Fee) para pacientes que não são elegíveis para a cobertura do Health Safety Net. A clínica HealthFirst oferece um desconto total para pacientes que se enquadram abaixo de 100% das Diretrizes Federais de Renda para a Pobreza (FPIG) e Descontos na Escala de Pagamento (Slide Fee) para pacientes com renda entre 100% e 200% do FPIG.

		HealthFirst Family Care Center, Inc.				
REQUERIDO FEDERAL		Escala de taxas deslizantes - 2021				
SOB 200% FPL		VISITAS MÉDICAS E DENTÁRIAS				
		Em vigor: 03/01/2021				
		A	B	C	D	E
		Renda Anual	Renda Anual	Renda Anual	Renda Anual	Renda Anual
		ABAIXO DE 100%	101% - 125%	126% - 150%	151% - 175%	176% - 200%
TAMANHO DE FAMÍLIA						
1	\$12,880 ou menos	\$12,881 - \$16,101	\$16,102 - \$19,321	\$19,322- \$22,541	\$22,542 - \$25,761	
2	\$17,420 ou menos	\$17,421 - \$21,776	\$21,777 - \$26,131	\$26,132 - \$30,486	\$30,487- \$34,841	
3	\$21,960 ou menos	\$21,961 - \$27,451	\$27,452 - \$32,941	\$32,942- \$38,431	\$38,432- \$43,921	
4	\$26,500 ou menos	\$26,501 - \$33,126	\$33,127 - \$39,751	\$39,752 - \$46,376	\$46,377 - \$53,001	
5	\$31,040 ou menos	\$31,041 - \$38,801	\$38,802- \$46,561	\$46,562 - \$54,321	\$54,322- \$62,081	
6	\$35,580 ou menos	\$35,581 - \$44,476	\$44,477 - \$53,371	\$53,372 - \$62,266	\$62,267 - \$71,161	
7	\$40,120 ou menos	\$40,121 - \$50,151	\$50,152 - \$60,181	\$60,182 - \$70,211	\$70,212 - \$80,241	
8	\$44,660 ou menos	\$44,661 - \$55,826	\$55,827 - \$66,991	\$66,992- \$78,156	\$78,157 - 89,321	
*	\$4,540.00					
Taxa fixa efetiva: 1/7/2019						
Pacientes elegíveis Pagam:						
Médico	\$5.00	\$14	\$21	\$28	\$36	
Dental	\$5.00	15%	20%	25%	30%	