

CHARITY CARE ELIGIBILITY GUIDELINE PAYMENT SCHEDULE

Ver Anexo 2

Lake Chelan Community Hospital & Lake Chelan Clinic

Cantidad máxima que el paciente pagara basándose en las ganancias mensuales brutas y el número de miembros de la familia.

2017

	FPL	100% FPL	100% TO 133% FPL	133% TO 166% FPL	166% TO 200% FPL	200% TO 300% FPL	300% to 400%
PATIENT OWES		0%	25%	50%	67%	87%	100%

Paciente Debe

FAMILY SIZE

Tamaño de Familia

1	\$ 12,060.00	\$ -	\$ 1,005	\$ 1,006	\$ 1,337	\$ 1,338	\$ 1,668	\$ 1,669	\$ 2,010	\$ 2,011	\$ 3,015	\$ 3,016 & OVER
2	\$ 16,240.00	\$ -	\$ 1,353	\$ 1,354	\$ 1,800	\$ 1,801	\$ 2,247	\$ 2,248	\$ 2,707	\$ 2,708	\$ 4,060	\$ 4,061 & OVER
3	\$ 20,420.00	\$ -	\$ 1,702	\$ 1,703	\$ 2,263	\$ 2,264	\$ 2,825	\$ 2,826	\$ 3,403	\$ 3,404	\$ 5,105	\$ 5,106 & OVER
4	\$ 24,600.00	\$ -	\$ 2,050	\$ 2,051	\$ 2,727	\$ 2,728	\$ 3,403	\$ 3,404	\$ 4,100	\$ 4,101	\$ 6,150	\$ 6,151 & OVER
5	\$ 28,780.00	\$ -	\$ 2,398	\$ 2,399	\$ 3,190	\$ 3,191	\$ 3,981	\$ 3,982	\$ 4,797	\$ 4,798	\$ 7,195	\$ 7,196 & OVER
6	\$ 32,960.00	\$ -	\$ 2,747	\$ 2,748	\$ 3,653	\$ 3,654	\$ 4,559	\$ 4,560	\$ 5,493	\$ 5,494	\$ 8,240	\$ 8,241 & OVER
7	\$ 37,140.00	\$ -	\$ 3,095	\$ 3,096	\$ 4,116	\$ 4,117	\$ 5,138	\$ 5,139	\$ 6,190	\$ 6,191	\$ 9,285	\$ 9,286 & OVER
8	\$ 41,320.00	\$ -	\$ 3,443	\$ 3,444	\$ 4,580	\$ 4,581	\$ 5,716	\$ 5,717	\$ 6,887	\$ 6,888	\$ 10,330	\$ 10,331 & OVER

Para familias/hogares con más de 8 personas, añade \$4,180 por cada persona adicional

(Basado en 2017 pautas federales de pobreza)

Revised 02-2017

J. Dion