



Baptist Community Health Services

APLICACIÓN DE TARIFAS DE DESLIZAMIENTO

Nuestra Misión:

Demonstrar el amor de Cristo brindando
atención médica y conductual de alta calidad.

2026 Sliding Fee Discount Scale - Annual Gross Income

Medical	\$35 Nominal Fee	Pays \$60	Pays \$85	Pays \$110	Pays \$200					
Dental	\$50 Nominal Fee	Pays \$60	Pays \$75	Pays \$110	Pays \$200					
Behavioral Health	\$35 Nominal Fee	Pays \$40	Pays \$50	Pays \$60	Pays \$200					
Poverty Level	0%	100%	Over 100%	Over 150%	Over 175%	Over 200%	and higher			
Family Size	Level A	Level B	Level C	Level D	Level E					
1	\$ 0	\$ 15,960	\$ 15,961	\$ 23,940	\$ 23,941	\$ 27,930	\$ 27,931	\$ 31,920	\$ 31,921	and higher
2	\$ 0	\$ 21,640	\$ 21,641	\$ 32,460	\$ 32,461	\$ 37,870	\$ 37,871	\$ 43,280	\$ 43,281	and higher
3	\$ 0	\$ 27,320	\$ 27,321	\$ 40,980	\$ 40,981	\$ 47,810	\$ 47,811	\$ 54,640	\$ 54,641	and higher
4	\$ 0	\$ 33,000	\$ 33,001	\$ 49,500	\$ 49,501	\$ 57,750	\$ 57,751	\$ 66,000	\$ 66,001	and higher
5	\$ 0	\$ 38,680	\$ 38,681	\$ 58,020	\$ 58,021	\$ 67,690	\$ 67,691	\$ 77,360	\$ 77,361	and higher
6	\$ 0	\$ 44,360	\$ 44,361	\$ 66,540	\$ 66,541	\$ 77,630	\$ 77,631	\$ 88,720	\$ 88,721	and higher
7	\$ 0	\$ 50,040	\$ 50,041	\$ 75,060	\$ 75,061	\$ 87,570	\$ 87,571	\$ 100,080	\$ 100,081	and higher
8	\$ 0	\$ 55,720	\$ 55,721	\$ 83,580	\$ 83,581	\$ 97,510	\$ 97,511	\$ 111,440	\$ 111,441	and higher
Each odd/ member	\$ 0	\$ 5,680	\$ 5,681	\$ 8,520	\$ 8,521	\$ 9,940	\$ 9,941	\$ 11,360	\$ 11,361	and higher

2026 Sliding Fee Discount Scale - Weekly Gross Income

Medical	\$35 Nominal Fee	Pays \$60	Pays \$85	Pays \$110	Pays \$200					
Dental	\$50 Nominal Fee	Pays \$60	Pays \$75	Pays \$110	Pays \$200					
Behavioral Health	\$35 Nominal Fee	Pays \$40	Pays \$50	Pays \$60	Pays \$200					
Poverty Level	0%	100%	Over 100%	Over 150%	Over 175%	Over 200%	and higher			
Family Size	Level A	Level B	Level C	Level D	Level E					
1	\$ 0.00	\$ 306.08	\$ 306.09	\$ 459.12	\$ 459.13	\$ 459.14	\$ 459.15	\$ 459.16	\$ 459.17	and higher
2	\$ 0.00	\$ 415.01	\$ 415.02	\$ 622.52	\$ 622.53	\$ 622.54	\$ 622.55	\$ 622.56	\$ 622.57	and higher
3	\$ 0.00	\$ 523.95	\$ 523.96	\$ 785.92	\$ 785.93	\$ 785.94	\$ 785.95	\$ 785.96	\$ 785.97	and higher
4	\$ 0.00	\$ 632.88	\$ 632.89	\$ 949.32	\$ 949.33	\$ 949.34	\$ 949.35	\$ 949.36	\$ 949.37	and higher
5	\$ 0.00	\$ 741.81	\$ 741.82	\$ 1,112.71	\$ 1,112.72	\$ 1,112.73	\$ 1,112.74	\$ 1,112.75	\$ 1,112.76	and higher
6	\$ 0.00	\$ 850.74	\$ 850.75	\$ 1,276.11	\$ 1,276.12	\$ 1,276.13	\$ 1,276.14	\$ 1,276.15	\$ 1,276.16	and higher
7	\$ 0.00	\$ 959.67	\$ 959.68	\$ 1,439.51	\$ 1,439.52	\$ 1,439.53	\$ 1,439.54	\$ 1,439.55	\$ 1,439.56	and higher
8	\$ 0.00	\$ 1,068.60	\$ 1,068.61	\$ 1,602.90	\$ 1,602.91	\$ 1,602.92	\$ 1,602.93	\$ 1,602.94	\$ 1,602.95	and higher
Each odd/ member	\$ 0.00	\$ 108.93	\$ 108.94	\$ 163.40	\$ 163.41	\$ 163.42	\$ 163.43	\$ 163.44	\$ 163.45	and higher

BCHS's sliding fee scale is based upon the 2025 Federal Poverty Guidelines (FPG)

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Effective Date: February 19, 2026

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Los servicios de salud comunidad Bautista ofrecen un descuento en algunos servicios basados en el tamaño y los ingresos de su hogar. La escala de las cuotas se determinan según el formulario de impuestos federales, W-2, o los últimos dos talones de cheques. El personal de la clínica BCHS utiliza la tabla en el interior de este folleto para determinar su elegibilidad.

Su descuento será calificado anualmente.

Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina de BCHS al número 504-533-4999 o email billing@bchsnola.org

DEBE SER COMPLETADO POR PERSONAL DE BCHS

Annual Gross Income \$ _____

Patient is eligible for sliding fee discount in Category _____

- ☐ Proof of Income
- ☐ Patient refused to comply
- ☐ Patient does not qualify for sliding fee

Verified By _____

Date _____

Regresa esta aplicación a esta dirección: 4960 St. Claude
Avenue
New Orleans, LA 70117

APLICACIÓN DE TARIFAS DE DESLIZAMIENTO

Si desea calificar para la cuota de descuento, debe demostrar prueba de los ingresos de cada uno de su familia de quien usted es económicamente responsable. Si no tienes ninguna fuente de ingresos, por favor habla con un miembro de BCHS. Los solicitantes deben presentar una copia de lo siguiente:

- Dos talones consecutivos para cada empleado adulto de 18 años de edad y que viven en el hogar, o viven fuera del hogar, pero para quien el mismo hogar es económicamente responsable.
- Declaración de impuestos del año anterior de W-2 para cada adulto que vive en el hogar o para quien el mismo hogar es económicamente responsable (Se tomarán de los ingresos brutos).

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de familia: _____

(Cuántos son los miembros de su familia que viven en la misma casa) Escribe los nombres y fechas de nacimiento de cada persona que vive en su hogar o personas para quien usted es económicamente responsable.

Dirección: _____

Descargo de responsabilidad:

Por la presente certifico que esta información es, verdadera y correcta. Además acepto notificar a estas oficinas de cualquier cambio en esta información dentro de 10 días. Entiendo que debo volver a calificar anualmente para mantener mi elegibilidad.

También soy consciente de que esta información se revisa y es basa en la guía de pobreza Federal., publicado anualmente por el Gobierno Federal. Entiendo que debo pagar en el momento del servicio. Para mantener esta descuento, sus cuentas deben pagarse puntualmente. Si usted es incapaz de hacer el pago en el momento del servicio, por favor hable con la recepcionista para hacer otros arreglos.

Firma del paciente o la persona responsable