The Chautauqua Center

Our Family Caring For Your Family

La Póliza de The Chautauqua Center es para proveer Servicios Clínicos esenciales no importando la habilidad de pago del paciente. Aseguramos acceso a servicios de cuidado de salud a familias e individuos a un costo basado en la habilidad de pago de la persona.

El Programa de la Escala de Descuento aplica a todos los pacientes que califiquen como sin seguro y/o poca cobertura, sin importar su seguro, con excepción de Cuando los términos de contrato con el seguro estipulen de otra manera.

Descuentos serán basados en ingreso y tamaño familiar, y no otros factores, para todos los pacientes.

Por Favor Complete la Aplicación adyacente.

Someta prueba de Ingreso e Identificación gubernamental.

Esperamos Pagos en cada y toda visita, a menos que usted Haga Otras acomodaciones con el departamento de Finanza y sea documentado.

Algunos Contraceptivos de planeo familiar están exentos de la Escala.

Sin prueba de Ingreso su aplicación está incompleta, y usted deberá 100% por los servicios.

75 E Third St, Dunkirk, NY 14048
1134 Central Ave, Dunkirk, NY 14048
107 Institute St, Jamestown, NY 14701
www.tcchealth.com

The Chautauqua Center
Our Family Caring For Your Family

The Chautauqua Center Sliding Fee Program Application
For all Services

New App _____
Renewal _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Asegurador: _____
(Si es diferente)

I.D. Requisito Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____

Seguro Médico? _____ Aseguranza _____

¿Empleado Temporal ? _____ ¿Cuántos meses trabaja al año? _____

Por favor devolver documentos/aplicación al 75 E Third Street,Dunkirk NY 14048 Attn: Billing

La aplicación no será aprobada hasta que prueba de ingreso, de todos los recursos, sea proveída dentro de 14 días después de la fecha de hoy y revisión.

Si ingreso es cero, debe de colocar un cero por persona.

Miembro(s) de Familia	relación	Fecha de Nacimiento	**Ingreso**	semanal	mensual	annual	Pt:	misc.
	mismo							
	conyugue							
	niño(a)							
	niño(a)							
	otro							

** Si hay miembros adicionales, por favor avise para proveerle formas adicionales.*

Ejemplos de pruebas de ingreso aceptables: Reciente W2s, Declaración de Impuestos del año anterior, Cartas de recursos.

**** Ingreso total mayor del 200% de las recientes escalas Federales de Pobreza no serán elegibles para el Descuento.**

Cuando la aplicación sea revisada, será notificado por carta de cualquier descuento.

Si aprobado, será valida por un año del día de su firma. Es requisito que usted le informe a TCC de cualquier cambio del tamaño de familia y/o ingreso durante este tiempo.

Una aplicación actualizada será requerida. _____ **(inicie)**

Por la presente afirmo que la información proveída es cierta y correcta a mi mayor conocimiento y creer. Estoy de acuerdo que cualquier informacion engañosa o falsa, y/o omitida puede descalificarme de futura consideración para ser elegible al programa de la escala de descuento; y que puedo ser sujeto a penalidades bajo leyes Federales o Estatales. Adicionalmente estoy de acuerdo con informar al The Chautauqua Center si hay algún cambio en mi ingreso o tamaño de familia. Si la aceptación al Programa de la Escala de Descuento es obtenida bajo esta aplicación, Yo cooperare con todas las reglas y regulaciones del The Chautauqua Center. Certifico que he leído y entendido la divulgación anterior. Pagos deben ser hechos cada visita.

_____ _____
(Firma) Fecha

_____
(Nombre)

REGISTRATION USE ONLY: DATE REC'D _____ INITIALS_____

*07/2022 PT. ACCT NO.*_____

The Chautauqua Center Sliding Fee Self-Declaration Form

To Be filled out by The Patient

Para ser llenado por el paciente

Date (*Fecha*)**: _____**

Patient Name (*Nombre del paciente*)**: _____**

To Whom It may Concern (*A quien corresponda*)**:**

I declare that my household monthly income is_____ and/or my family size is_____.

Declaro que mi ingreso en mi hogar mensual es _____ y/o el tamaño de mi familia es_____.

Please use this in determining my Sliding Fee eligibility.

Por favor use esto para determinar mi elegibilidad.

Yours truly (*Sinceramente*),

Patient Signature (*firma del Paciente*)

2025 Sliding Fee Schedule - Effective 2/1/25(Based Upon 2025 Federal Poverty Guidelines)

Percentage of Federal Poverty Guidelines	ANNUAL NET INCOME											
	0	100%	101%-	125%	126%-	150%	151%-	175%	176%-	200%	Over 200%	Over 200%
Family Size	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO
1	0	$15,650	$15,651	$19,563	$19,564	$23,475	$23,476	$27,388	$27,389	$31,300	$31,301	and over
2	0	$21,150	$21,151	$26,438	$26,439	$31,725	$31,726	$37,013	$37,014	$42,300	$42,301	and over
3	0	$26,650	$26,651	$33,313	$33,314	$39,975	$39,976	$46,638	$46,639	$53,300	$53,301	and over
4	0	$32,150	$32,151	$40,188	$40,189	$48,225	$48,226	$56,263	$56,264	$64,300	$64,301	and over
5	0	$37,650	$37,651	$47,063	$47,064	$56,475	$56,476	$65,888	$65,889	$75,300	$75,301	and over
6	0	$43,150	$43,151	$53,938	$53,939	$64,725	$64,726	$75,513	$75,514	$86,300	$86,301	and over
7	0	$48,650	$48,651	$60,813	$60,814	$72,975	$72,976	$85,138	$85,139	$97,300	$97,301	and over
8	0	$54,150	$54,151	$67,688	$67,689	$81,225	$81,226	$94,763	$94,764	$108,300	$108,301	and over
Each Additional $5500												

Percentage of Federal Poverty Guidelines	NET INCOME per MONTH											
	0	100%	101%-	125%	126%-	150%	151%-	175%	176%-	200%	Over 200%	Over 200%
Family Size	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO
1	0	$1,304	$1,305	$1,630	$1,631	$1,956	$1,957	$2,282	$2,283	$2,608	$2,609	and over
2	0	$1,763	$1,764	$2,203	$2,204	$2,644	$2,645	$3,084	$3,085	$3,525	$3,526	and over
3	0	$2,221	$2,222	$2,776	$2,777	$3,331	$3,332	$3,886	$3,887	$4,442	$4,443	and over
4	0	$2,679	$2,680	$3,349	$3,350	$4,019	$4,020	$4,689	$4,690	$5,358	$5,359	and over
5	0	$3,137	$3,138	$3,922	$3,923	$4,706	$4,707	$5,491	$5,492	$6,275	$6,276	and over
6	0	$3,596	$3,597	$4,495	$4,496	$5,394	$5,395	$6,293	$6,294	$7,192	$7,193	and over
7	0	$4,054	$4,055	$5,068	$5,069	$6,081	$6,082	$7,095	$7,096	$8,108	$8,109	and over
8	0	$4,512	$4,513	$5,641	$5,642	$6,769	$6,770	$7,897	$7,898	$9,025	$9,026	and over
Each Additional $458.33												

MEDICAL/BEHAVIORAL HEALTH	A	B	C	D	E	F
per visit** See below All services	$15	Pay 20% of Charges, 80% Discount	Pay 40% of Charges, 60% Discount	Pay 60% of Charges, 40% Discount	Pay 80% of Charges, 20% Discount	Full Fee
DENTAL	A	B		C	D	E
Diagnostic & Preventative Per visit	$15	$30		$50	$60	Full Fee
Restorative, Endo & Major Restorative	$15 per visit*	Pay 20% of Charges, 80% Discount		Pay 60% of Charges, 40% Discount	Pay 80% of Charges, 20% Discount	Full Fee
PHARMACY	A	B	C		D	E
340B Acquisition Cost+ Dispensing Fee Per Script	340B AC Cost + Dispensing Fee $0	340B AC Cost+ Disp Fee $2.50	340B AC Cost+ Disp Fee $5.00		340B AC Cost + Disp Fee $7.50	Full Fee
PHYSICAL & OCCUP THERAPY/ ST	A	B		C	D	E
PT/OT/ST All services	$15	$25		$35	$45	Full Fee

Updated 01/23/25

**TCC Collect the minimum of these amounts at each visit for Medical/BH. Advise patent's at 100% and above, they may get a bill for difference based on provider billings.

Established Patients	$15.00	$16.20	$32.00	$48.00	$64.00	$80.00
NEW Patients	$15.00	$19.20	$38.40	$57.60	$76.80	$96.00

The Chautauqua Center

Our Family Caring For Your Family

2025 Sliding Feee Schedule- Effective 2/1/2002 (Based Upon the 2025 Federal Poverty Guidelines)

No charges for Chlamydia testing, HIV testing and counseling, Pregnancy testing and counseling, emergency contraception or condoms

				125%		150%		200%		250%			
	Level/ Category	Pay Code 0		Pay Code 1		Pay Code 2		Pay Code 3		Pay Code 4		Pay Code 5	
	% Discount	100% discount		80% discount		60% discount		40% discount		20% discount		0% discount	
Family Size	% Poverty Level	≤ 100%		101%-125%		126%-150%		151%-200%		201%-250%		≥ 251%	
	Period	From	To	From	To	From	To	From	To	From	To	From	To
1	Year	0	15,650	15,651	19,563	19,564	23,475	23,476	31,300	31,301	39,125	39,126	~
	Week	0	441	442	551	552	661	662	881	882	1,102	1,103	~
	Bi-Weekly	0	881	882	1,102	1,103	1,322	1,323	1,763	1,764	2,203	2,204	~
2	Month	0	1,763	1,764	2,203	2,204	2,644	2,645	3,525	3,526	4,406	4,407	~
	Year	0	21,150	21,151	26,438	26,439	31,725	31,726	42,300	42,301	52,875	52,876	~
	Week	0	555	556	694	695	833	834	1,110	1,111	1,388	1,389	~
	Bi-Weekly	0	1,110	1,111	1,388	1,389	1,666	1,667	2,221	2,222	2,776	2,777	~
3	Month	0	2,221	2,222	2,776	2,777	3,331	3,332	4,442	4,443	5,552	5,553	~
	Year	0	26,650	26,651	33,313	33,314	39,975	39,976	53,300	53,301	66,625	66,626	~
	Week	0	670	671	837	838	1,005	1,006	1,340	1,341	1,674	1,675	~
	Bi-Weekly	0	1,340	1,341	1,674	1,675	2,009	2,010	2,679	2,680	3,349	3,350	~
4	Month	0	2,679	2,680	3,349	3,350	4,019	4,020	5,358	5,359	6,698	6,699	~
	Year	0	32,150	32,151	40,188	40,189	48,225	48,226	64,300	64,301	80,375	80,376	~
	Week	0	784	785	980	981	1,177	1,178	1,569	1,570	1,961	1,962	~
	Bi-Weekly	0	1,569	1,570	1,961	1,962	2,353	2,354	3,138	3,139	3,922	3,923	~
5	Month	0	3,138	3,139	3,922	3,923	4,706	4,707	6,275	6,276	7,844	7,845	~
	Year	0	37,650	37,651	47,063	47,064	56,475	56,476	75,300	75,301	94,125	94,126	~
	Week	0	899	900	1,124	1,125	1,348	1,349	1,798	1,799	2,247	2,248	~
	Bi-Weekly	0	1,798	1,799	2,247	2,248	2,697	2,698	3,596	3,597	4,495	4,496	~
6	Month	0	3,596	3,597	4,495	4,496	5,394	5,395	7,192	7,193	8,990	8,991	~
	Year	0	43,150	43,151	53,938	53,939	64,725	64,726	86,300	86,301	107,875	107,876	~
	Week	0	1,014	1,015	1,267	1,268	1,520	1,521	2,027	2,028	2,534	2,535	~
	Bi-Weekly	0	2,027	2,028	2,534	2,535	3,041	3,042	4,054	4,055	5,068	5,069	~
7	Month	0	4,054	4,055	5,068	5,069	6,081	6,082	8,108	8,109	10,135	10,136	~
	Year	0	48,650	48,651	60,813	60,814	72,975	72,976	97,300	97,301	121,625	121,626	~
	Week	0	1,128	1,129	1,410	1,411	1,692	1,693	2,256	2,257	2,820	2,821	~
	Bi-Weekly	0	2,256	2,257	2,820	2,821	3,384	3,385	4,513	4,514	5,641	5,642	~
8	Month	0	4,513	4,514	5,641	5,642	6,769	6,770	9,025	9,026	11,281	11,282	~
	Year	0	54,150	54,151	67,688	67,689	81,225	81,226	108,300	108,301	135,375	135,376	~

All visit fees reflect the total cost of a visit for each patient. This cost includes all services provided (e.g. exam,labs, counseling, device insertion/removal, etc) as well as any associated supplies and/or devices

FOR FAMILY UNITS WITH MORE THAN 8 MEMBERS, ADD $5,500 PER YEAR FOR EACH ADDITIONAL MEMBER

75 E Third St, Dunkirk, NY 14048
1134 Central Ave, Dunkirk, NY 14048
107 Institute St, Jamestown, NY 14701
www.tcchealth.com