



HealthFirst Bluegrass Recibe apoyo de programas federales.
Estos programas requieren que recopilemos la siguiente información demográfica.

Por favor, marque con un círculo el número de personas en su hogar y el ingreso anual del hogar.

Niveles de escala de tarifas de HealthFirst Bluegrass 2024

Según el tamaño de su familia y los ingresos de su hogar

Tamaño de la familia	En o por debajo del 100% del FPL	Del 101% al 150% del FPL	Del 151% al 175% del FPL	Del 176% al 200% del FPL
1	\$15,060	\$22,590	\$26,355	\$30,120
2	\$20,440	\$30,660	\$35,770	\$40,880
3	\$25,820	\$38,730	\$45,185	\$51,640
4	\$31,200	\$46,800	\$54,600	\$62,400
5	\$36,580	\$54,870	\$64,015	\$73,160
6	\$41,960	\$62,940	\$73,430	\$83,920
7	\$47,340	\$71,010	\$82,845	\$94,680
8	\$52,720	\$79,080	\$92,260	\$105,440
Miembros adicionales	\$5,380	\$8,070	\$9,415	\$10,760

Las familias que caen en las categorías azules anteriores pueden calificar para el Programa de Descuento de precios (Sliding Fee Discount). ¿Le gustaría recibir más información sobre nuestro Programa de Descuento de Precios (Sliding Fee Discount)?

Si No

La falta de vivienda no se limita a vivir en las calles o en un refugio. La falta de vivienda incluye a aquellos que viven en lugares superpoblados e inestables o lugares que no están destinados a una vivienda permanente.

¿Te considerarías una persona sin hogar? Si No

¿Se encuentra actualmente en un refugio u otra instalación supervisada? Si No

¿Actualmente te estás quedando temporalmente con amigos o familiares? Si No

Marque una casilla en cada categoría que mejor represente al paciente.

Raza		
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Filiipino
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio Americano
<input type="checkbox"/> Otro isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guamanes/Chamorros	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Más de una raza
<input type="checkbox"/> Otpar por no divulgar		
Etnicidad		
<input type="checkbox"/> Hispano: Mexicano	<input type="checkbox"/> Hispano: Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Hispano: Cubano
<input type="checkbox"/> Mexicano-Americano		
<input type="checkbox"/> Hispano: Otro	<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Otpar por no divulgar
<input type="checkbox"/> Hispano de Origen		
Idioma		
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Árabe
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otpar por no divulgar	

¿Es usted un veterano? Si No

¿Es usted un trabajador agrícola o migrante? Si No