

**Evaluación de Co-Pago Sin Título XIX/XXI
FORMA PM 3.4.1**

Instrucciones: Complete ésta forma para todas las personas no incluidas en el Título XIX/XXI. Entregue una copia a la persona, padre o Tutor Legal.

Nombre:

I. Tamaño de la Familia de la Persona e Ingresos

A. Tamaño de la familia de la persona (La familia consiste de: Solicitante; padre(s) de un hijo menor de edad; cónyuge; hijo natural, hijo adoptivo e hijastro menor de 18 años de edad o 19 si es estudiante de tiempo completo)

B. Ingreso mensual bruto de la familia (incluye el ingreso bruto de la familia; como se define la familia en A.):

C. Cobertura de responsabilidad de terceros: Sí No

II. Tabla de Cálculo del Co-Pago

Seleccione con un círculo: 1) tamaño de la familia, 2) ingreso mensual bruto de la familia, 3) el co-pago .

Tamaño de la familia por ingreso mensual bruto de la familia									Co-Pago con base en el tipo de servicio proporcionado*		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	S/R	T/M/D	R/I
<\$1040	<\$1400	<\$1760	<\$2120	<\$2480	<\$2840	<\$3200	<\$3560	<\$3920	\$0.	\$0.	\$0.
\$1040- \$1214	\$1400- \$1634	\$1760- \$2054	\$2120- \$2474	\$2480- \$2894	\$2840- \$3314	\$3200- \$3734	\$3560- \$4154	\$3920- \$4574	\$1.	\$2.	\$15.
\$1215- \$1387	\$1635- \$1867	\$2055- \$2347	\$2475- \$2827	\$2895- \$3307	\$3315- \$3787	\$3735- \$4267	\$4155- \$4747	\$4575- \$5227	\$3.	\$6.	\$30
\$1388- \$1561	\$1868- \$2101	\$2348- \$2641	\$2828- \$3181	\$3308- \$3721	\$3788- \$4261	\$4268- \$4801	\$4748- \$5341	\$5228- \$5881	\$4.	\$8	\$45.
\$1562- \$1734	\$2102- \$2334	\$2642- \$2934	\$3182- \$3534	\$3722- \$4134	\$4262- \$4734	\$4802- \$5334	\$5342- \$5934	\$5882- \$6543	\$6.	\$10.	\$60.
\$1735- \$1907	\$2335- \$2567	\$2935- \$3227	\$3535- \$3887	\$4135- \$4547	\$4735- \$5207	\$5335- \$5867	\$5935- \$6527	\$6535- \$7187	\$8.	\$12.	\$75.
\$1908- \$2081	\$2568- \$2801	\$3228- \$3521	\$3888- \$4241	\$4548- \$4961	\$5208- \$5681	\$5868- \$6401	\$6528- \$7121	\$7188- \$7841	\$10.	\$20.	\$90.
>\$2,082	>\$2802	>\$3522	>\$4242	>\$4962	>\$5682	>\$6402	>\$7122	>\$7842	Total	Total	Total

* S/R son Servicios de Apoyo y Rehabilitación, T/M/D es Servicios de Tratamiento, Servicios Médicos y de Programas Diurnos, R/I es Servicios Residenciales y para Pacientes Internos. De acuerdo con la [Sección 3.4, Co-pagos del Manual para los Proveedores](#), co-pagos para Servicios de Salud Mental Que No Se Especificuen (NOS) (Cuarto y alimentos) se pueden establecer independientemente de la Tabla de Cálculo de co-pago.

III. Evaluación de Co-Pago para las personas que no se incluyen en el Título XIX/XXI

Con base en el tamaño de la familia, el ingreso mensual bruto de la familia y la cobertura de terceros en la Parte I, use la Tabla de Cálculo del Co-Pago en la Parte II para determinar si la persona tiene que hacer un co-pago por los servicios de salud mental que se le presten. Indique abajo:

- La persona no necesita hacer un co-pago.
- La persona está obligada a hacer un co-pago de \$ _____ por servicios S/R, \$ _____ por servicios T/M/D y \$ _____ por servicios R/I.
- La persona tiene cobertura de terceros y está obligada a hacer un pago de hasta \$ _____ por servicios S/R, \$ _____ por servicios T/M/D y \$ _____ por servicios R/I, que no exceda la parte del costo del servicio que no se le reembolsa.
- El co-pago creará un excesivo problema para la persona o su familia, por lo tanto se recomienda lo siguiente (e.j., reducir o eliminar):

_____ Título _____ Fecha / /

Firma del Personal

IV. Acuerdo para hacer un co-pago

Yo certifico que la información proporcionada en este documento es correcta y verdadera hasta donde yo sé. Si se ha decidido que tengo que hacer un co-pago por los servicios de salud mental recibidos, mi firma que aparece abajo indica que 1) se me ha explicado el co-pago y el método para calcularlo y 2) estoy de acuerdo en hacer el co-pago cada vez que se pe presten los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos con el proveedor.

_____ Fecha

Firma de la Persona/Padre/Tutor