



**LOS
ANGELES
LGBT
CENTER**

Health Services

PAGO MÁXIMO ANUAL DEL PROGRAMA PARA EL VIH/SIDA RYAN WHITE

Su atención médica en el Centro LGBT de Los Ángeles puede ser financiada parcialmente a través de una beca del Programa para el VIH/SIDA Ryan White. Como un potencial destinatario de los fondos Ryan White, por lo general no le cobraremos por los servicios prestados en nuestras instalaciones durante el resto del año si sus costos de atención médica superan un límite de pago anual. Este límite es un porcentaje de su ingreso anual y sigue las directrices descritas en la Ley de Ryan White. El pago máximo limita la cantidad que se le puede cobrar anualmente en gastos médicos de bolsillo por servicios relacionados con el VIH.

Utilice la siguiente tabla para determinar su **Pago máximo anual**.

Ingreso anual	% de Cobro
0 to \$15,060	0
> \$15,061 to \$30,118	5%
> \$30,119 to \$45,177	7%
> \$45,178 to \$75,300	10%

Calcular:

Ingreso bruto anual \$ _____ X _____ % = \$ _____
Pago máximo anual

Puede utilizar la tabla en la parte posterior de este formulario para mantener un registro de sus gastos de bolsillo. Los gastos relacionados con el VIH que califican pueden incluir, pero no se limitan a los siguientes: visitas al médico, consejería de salud mental y para el abuso de sustancias, recetas médicas, primas y copagos del seguro médico, y medicamentos sin receta relacionados con el VIH.

Si alcanza su pago máximo o tiene alguna pregunta, póngase en contacto con un Supervisor del Especialistas en Beneficios, al 323-993-7495.

Recibido por: _____ Fecha: _____
Firma del paciente

**RYAN WHITE HIV/AIDS PROGRAM ANNUAL
PAYMENT CAP (SPANISH)**

Name:

PF #:



LOS ANGELES
LGBT
CENTER

Health Services

PAGO MÁXIMO ANUAL DEL PROGRAMA PARA EL VIH/SIDA RYAN WHITE

GASTOS DE BOLSILLO MÉDICOS/DENTALES/DE FARMACIA

Gastos	Tipo de gasto	Fecha	Total

RYAN WHITE HIV/AIDS PROGRAM ANNUAL
PAYMENT CAP (SPANISH)

Name:

PF #: