

Programa uniforme de tarifas para pacientes
 Servicios comunitarios de salud mental
 Anexo C al Aviso del DMH 98-13
 A partir de Octubre 1, 1989

Bruto Ajustado Mensual Ingreso *	Personas Dependientes de Ingresos Deducibles Anuales					Bruto Ajustado Mensual Ingreso *	Personas Dependientes de Ingresos Deducibles Anuales						
	1	2	3	4	5 o más		1	2	3	4	5 o más		
	Area elegible de Medi-Cal **						1950 – 1999	1029	926	833	750	675	
0 – 569	37	33	30	27	24		2000 – 2049	1142	1028	925	833	750	
570 – 599	40	36	32	29	26		2050 – 2099	1268	1141	1027	924	932	
600 – 649	45	40	36	32	29		2100 – 2149	1407	1266	1139	1025	923	
650 – 699	50	45	41	37	33		2150 – 2199	1562	1406	1265	1139	1025	
700 – 749	56	50	45	41	37		2200 – 2249	1734	1561	1405	1265	1139	
750 – 799	63	57	51	46	41		2250 – 2299	1925	1733	1560	1404	1264	
800 – 849	71	64	58	52	47		2300 – 2349	2136	1922	1730	1557	1401	
850 – 899	79	71	64	58	52		2350 – 2399	2371	2134	1921	1729	1556	
900 – 949	89	80	72	65	49		2400 – 2449	2632	2369	2132	1919	1727	
950 – 999	99	90	80	72	65		2450 – 2499	2922	2630	2367	2130	1917	
1000 - 1049	111	100	90	81	73		2500 – 2599	3275	2948	2653	2388	2149	
1050 – 1099	125	112	101	91	82		2600 – 2699	3482	3134	2821	2359	2285	
1100 – 1149	140	126	113	102	92		2700 – 2799	3695	3326	2993	2694	2425	
1150 – 1199	156	140	126	113	102		2800 – 2899	3915	3524	3172	2855	2570	
1200 – 1249	177	159	143	129	116		2900 – 2999	4139	3725	3353	3018	2716	
1250 – 1299	200	180	162	146	131		3000 – 3099	4370	3933	3540	2186	2867	
1300 – 1349	226	203	183	165	149		3100 – 3199	4607	4146	3731	3358	3022	
1350 – 1399	255	230	207	186	167		3200 – 3299	4850	4365	3929	3536	3182	
1400 – 1449	288	259	233	210	189		3300 – 3399	5099	4589	4130	3717	3345	
1450 – 1499	326	293	264	238	214		3400 – 3499	5458	4912	4421	3979	3581	
1500 – 1549	368	331	298	268	241		3500 – 3599	5830	5247	4722	4250	3825	
1550 – 1599	416	374	337	303	273		3600 – 3699	6214	5593	5036	4532	4079	
1600 – 1649	470	423	381	343	309		3700 – 3799	6610	5949	5354	4819	4337	
1650 – 1699	531	478	430	387	348		3800 – 3899	7018	6316	5684	5116	4604	
1700 – 1749	600	540	486	437	393		3900 – 3999	7438	6694	6025	5423	4881	
1750 – 1799	678	610	549	494	445		4000 – 4099	7870	7083	6375	5738	5164	
1800 – 1849	752	677	609	548	493		4100 – 4199	8314	7483	6735	6062	5456	
1850 – 1899	835	752	677	609	548		Por encima de \$4200 agregue \$400 por cada \$100 de ingreso adicional.						
1900 - 1949	927	834	751	676	608								

* Ingreso bruto mensual después del ajuste por gastos permitidos y determinación de activos a partir del cómputo realizado en el formulario de admisión financiera.

** Elegible para Medi-Cal. El área sombreada de elegibilidad para Medi-Cal identifica los niveles de ingresos que se presumen elegibles si el cliente cumple con los requisitos de elegibilidad para Medi-Cal.

La información anterior fue proporcionada por el Departamento de Salud Mental de California de acuerdo con las Secciones 5717 y 5718 del Código de Bienestar e Instituciones.

10/20/89

A nadie se le negará el acceso a los servicios por no poder pagar; y hay un programa de tarifas variables/con descuento disponible según el tamaño de la familia y los ingresos.