



U.S. Language Services L.L.C.  
 info@uslanguageservices.com | +1-240-673-2933  
 3 Bethesda Metro Center, Suite 700  
 Bethesda, Maryland, 20814 - USA

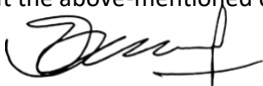


American Translators Association  
 Corporate Member: 272027

# Certification of Translation Accuracy

Translation of an Application from English to Spanish

Furnished on May 10, 2024

As an authorized representative of U.S. Language Services LLC, a professional translation services agency, I hereby certify that the above-mentioned document has been translated by Luciana Cirigliano (  ) an experienced, qualified and competent professional translator, fluent in the above-mentioned language pair and that, in our best judgment, the translated text truly reflects the content, meaning, and style of the original text and constitutes in every respect a complete and accurate translation of the original document. This document has not been translated for a family member, friend, or business associate.

Accordingly, as an authorized representative of U.S. Language Services LLC, I verify that I have proofread this document and I certify that the attached document is a faithful and authentic translation of its original. This is to certify the correctness of the translation only. We do not make any claims or guarantees about the authenticity or content of the original document. Furthermore, U.S. Language Services LLC assumes no liability for the way in which the translation is used by the customer or any third party, including end users of the translation.

A copy of the translation is attached to this certification.



Alyssa Morse-Salvati  
 U.S. Language Services LLC  
 Order Date: May 10, 2024

U.S. Language Services LLC verifies the credentials and/or competency of its translators and this certification, as well as any attached pages, serves to affirm that the document(s) enumerated above has/have been translated as accurately as possible from its/their original(s). U.S. Language Services LLC does not attest that the original document(s) is/are accurate, legitimate, or has/have not been falsified. By having accepted the terms and conditions set forth in order to contract U.S. Language Services LLC's services, and/or through presenting this certificate, the client releases, waives, discharges and relinquishes the right to present any legal claim(s) against U.S. Language Services LLC. Consequently, U.S. Language Services LLC cannot be held liable for any loss or damage suffered by the Client(s) or any other party either during, after, or arising from the use of U.S. Language Services LLC's services.

**Eastport Health Care, Inc.**  
**Descuento por tarifas ajustables 2024**  
**Solicitud de descuento por tarifas ajustables**

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_ Nueva \_\_\_\_\_ Renovación \_\_\_\_\_

Tipo de servicio (médico, dental, asesoramiento) \_\_\_\_\_

Por el presente solicito que Eastport Health Care, Inc. tome una determinación por escrito si tengo derecho al descuento por tarifa ajustable.

Nombre \_\_\_\_\_  
 Primer nombre                      Segundo nombre                      Apellido

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador y dirección \_\_\_\_\_

Seguro actual (Mainecare, Medicare, seguro privado) \_\_\_\_\_

Ingresos: **Enumerar todos los ingresos del hogar (incluir copias)**. En caso de haber presentado una declaración de impuestos del año pasado o de este año, se debe proporcionar copia.

Total por mes o total por año

Salarios	_____
Trabajo agrícola o por cuenta propia	_____
Asistencia pública	_____
Seguro Social	_____
Indemnización por desempleo	_____
Indemnización laboral	_____
Extracción	_____
Inflexión, corona	_____
Manutención de los hijos, pensión alimenticia	_____
Asignaciones para familias militares	_____
Pensiones	_____
Dividendos, intereses o ingresos por alquiler	_____

Número de personas que viven en su casa (incluido usted mismo): \_\_\_\_\_

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Ocupación	Solicita servicios	
					Sí	No

Afirmo que, a mi leal saber y entender, lo anteriormente expuesto es cierto y correcto. Acepto notificar inmediatamente a EHC sobre cualquier modificación en mis ingresos.

**Firma de la persona que realiza la solicitud** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Uso exclusivo de la oficina:**

Nivel SF: \_\_\_\_\_

Ingreso: \_\_\_\_\_

Vencimiento: \_\_\_\_\_

Información verificada y aprobación primaria

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Revisión final y aprobación otorgada por

---

Fecha: \_\_\_\_\_

**Eastport Health Care, Inc.**  
**Descuento por tarifas ajustables 2024**

Utilizar este espacio para cualquier familiar adicional:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Ocupación	Solicita servicios	
					Sí	No

Deberá facilitar una copia de al menos uno de estos ejemplos de información sobre ingresos:

Salarios (nóminas mensuales, formularios de impuestos W2)

Formulario de impuestos 1040 (más actualizado)

Trabajo por cuenta propia (negocios, agricultura, pesca) (extractos bancarios o cheques depositados)

Seguro Social (extracto bancario de depósito directo o formulario de impuestos SSA-1099, o carta de beneficios del año en curso; puede solicitar una carta llamando al 1-877-405-1448)

Inflexión, coronas (copias de cheques o recibos de los compradores)

Pensión alimenticia (copia del cheque del mes)

Pensiones (declaración de beneficios)

Dividendos, intereses o ingresos por alquiler (copia de cheques o declaraciones de impuestos)

Desempleo (carta de desempleo o informe semanal que muestre las prestaciones actuales, llame al 1-800-593-7660)

Indemnización por accidente laboral (formulario de impuestos 1099-G) o carta de prestaciones

Mainecare (carta de admisibilidad)

Carta firmada por familiares o amigos explicando el apoyo que te brindan

Extractos bancarios o solicitar una carta de su banco que muestre los ingresos semanales o mensuales

1. Completar el anverso de la solicitud (usar la sección anterior si es necesario para miembros adicionales de la familia).
  - a. Escribir la fecha de hoy en la parte superior.
  - b. Especificar los tipos de servicios que solicita: médicos, dentales, de asesoramiento.
  - c. Indicar la cobertura de seguro actual, si la tiene.
  - d. Indicar todos los ingresos de todos los miembros de su hogar**
  - e. Responder **TODAS** las preguntas
  - f. Su firma fechada debe figurar al pie de la solicitud
2. **Deberá adjuntar a su solicitud una constancia de todos los ingresos de la unidad familiar durante al menos un mes.** No podemos procesar su solicitud hasta que tengamos esta constancia.
3. También se tiene en cuenta en la cobertura a las personas que figuran como miembros de la unidad familiar. Si lo aprueban, es posible que reciban los mismos servicios que usted. **Indicar si no solicitan servicios.**
4. Enviar por correo su solicitud y la constancia de ingresos a EHC o entregarla en la recepción en un plazo de 30 días a partir de su visita.

Gracias por solicitar el descuento por tarifa ajustable. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar a **Melissa Kenney al (207) 853-0193** o enviar un correo electrónico a [EHCpatientservices@protonmail.com](mailto:EHCpatientservices@protonmail.com) Enviar las solicitudes por correo a EHC, 30 Boynton St., Eastport, ME 04631

**Eastport Health Care, Inc.**  
**Descuento por tarifas ajustables 2024**

EHC ofrece una escala de tarifas ajustables a todos sus pacientes. La escala de tarifas ajustables cubre todo el alcance aprobado de los servicios del proyecto proporcionados por EHC.

La escala de tarifas ajustables se basa en límites de ingresos y está disponible para pacientes con o sin cobertura. Los pacientes de Medicare también son admisibles: la escala de tarifas ajustables puede cubrir una parte del coseguro del 20 %. Lo ayudaremos con una solicitud de Marketplace o Mainecare, si corresponde, como parte de este proceso. Los pacientes deben solicitar un descuento por tarifa ajustable (SFD, por sus siglas en inglés) anualmente.

Los pacientes que cumplan las normas federales y que presenten toda la documentación requerida con la solicitud, pueden recibir un SFD por los servicios prestados. Se espera que los pacientes que reciben la tarifa ajustable paguen su parte o realicen el copago en el momento del servicio. Los pacientes que reúnan los requisitos de la categoría A-1 pueden optar a la exención del copago si tienen dificultades económicas.

**Descuento por tarifa ajustable EHC para servicios de laboratorio dental (es decir, dentaduras postizas, puentes, coronas y suministros de equipos médicos duraderos, etc.):**

- Para todos los procedimientos dentales que requieren servicios de laboratorio: El 50% deberá abonarse antes de la primera visita y el resto antes de su entrega.
- El programa de tarifas ajustables no cubre los implantes dentales y los tratamientos Invisalign®.
- El seguro Delta Dental determinará los límites de beneficios anuales (es decir: 1 corona por año).
- Los servicios de laboratorio médico prestados por Quest Lab tendrán un descuento del 100 % solo para los pacientes con un porcentaje de FPG de 0 % a 200 %.

Si sus ingresos brutos se encuentran dentro de los márgenes que se indican a continuación, es posible que pueda optar a un descuento en la tarifa. Cualquiera de nuestros empleados puede facilitarle una solicitud y responder a preguntas básicas o puede ponerse en contacto con Mellissa Kenney llamando al (207) 853-0193 para obtener más asistencia. Toda la información es confidencial.

Nivel de pobreza	100 % o menos	101 % a 125 %	126 % a 150 %	151 % a 200 %	Más del 201 %
	Carga nominal	Carga parcial	Carga parcial	Carga parcial	No apto
	<b>Categoría A</b>	<b>Categoría B</b>	<b>Categoría C</b>	<b>Categoría D</b>	
Cantidad de miembros en la familia	\$15.00 copago	\$30.00 copago	\$40.00 copago	\$50.00 copago	Total
1	0-\$15 060	\$15 061-\$18 825	\$18 826-\$22 590	\$22 591-\$30 120	\$30 121 +
2	0-\$20 440	\$20 441-\$25 550	\$25 551-\$30 660	\$30 661-\$40 880	\$40 881 +
3	0-\$25 820	\$25 821-\$32 275	\$32 276-\$38 730	\$38 731-\$51 640	\$51 641 +
4	0-\$31 200	\$31 201-\$39 000	\$39 001-\$46 800	\$46 801-\$62 400	\$62 401+
5	0-\$36 580	\$36 581-\$45 725	\$45 726-\$54 870	\$54 871-\$73 160	\$73 161 +
6	0-\$41 960	\$41 961-\$52 450	\$52 451-\$62 940	\$62 941-\$83 920	\$83 921 +
7	0-\$47 340	\$47 341-\$59 175	\$59 176-\$71 010	\$71 011-\$94 680	\$94 681 +
8	0-\$52 720	\$52 721-\$65 900	\$65 901-\$79 080	\$79 081-\$105 440	\$105 441 +
por cada	persona	adicional agregar \$5380			

Revisado el 7 de febrero de 2024

Basado en la fuente publicada por las pautas de pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del 2024 (DHHS, por sus siglas en inglés): Registro Federal, 17 de enero de 2024

**Eastport Health Care, Inc.**  
**Descuento por tarifas ajustables 2024**

Tipo de servicio y descuentos correspondientes

<b>Servicio</b>	<b>Categoría A</b>	<b>Categoría B</b>	<b>Categoría C</b>	<b>Categoría D</b>	<b>No apto (más del 201 %)</b>
Atención médica	\$15	\$30	\$40	\$50	Total
Asesoramiento BH	\$15	\$30	\$40	\$50	Total
Dental preventivo	\$15	30 %	55 %	80 %	Total
Llenado/extracciones	\$15	30 %	55 %	80 %	Total
Coronas/prótesis parcial flexible	\$400	\$550	\$700	\$850	Total
Parciales, Coronas (metal)	\$450	\$650	\$850	\$1000	Total
Dentaduras postizas completas (por arco)	\$475	\$700	\$900	\$1050	Total