

NUESTROS SERVICIOS

Tarifas de escala movil disponible para todos los sevicios

1) Servicios Médicos

- *Práctica familiar*
- *Ginecología*
- *Pediatría*
- *Geriatría*
- *Alergia*
- *Neurología*



2) Sevicios Dentales

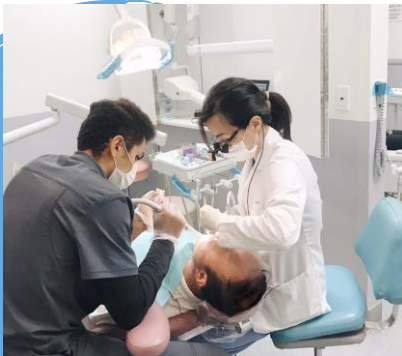
- *Sevicios dentales completos*

3) Acupuntura

4) Facilidad de Ejercicio

5) Servicios Auxiliares

- *Terapia grupal para la diabetes, hipertension, depresion, obesidad*



Por favor Visite Nuestro
Sitio Web

Livingstonecdc.com

- *Proporcion despensa de alimentos*
- *Pase de autobus*
- *Consejería espiritual*

Telefono: 714-248-9500
Despues de Horas: 714- 248-9500
Fax: 714-622-4943

Direccion:
12362 Beach Blvd #10 Stanton
CA 90680



Livingstone Community Health Clinic

Descuento de Escala de Tarifa Móvil
PARA AYUDAR A LOS NECESITADOS



Ofrecemos un Programa de descuento de tarifa móvil para pacientes y sus familiares con ingresos iguales o inferiores al 200% de las pautas deserales de pobreza actuales, según el tamaño de su familia y sus ingresos

Calificas?

2018 Escala De Tarifas Móvil

¿Está usted sin seguro o asegurado con costos de bolsillo?

Umbral de Ingresos Anuales por Pago de Descuento por Tarifa Móvil y Nivel Porcentual

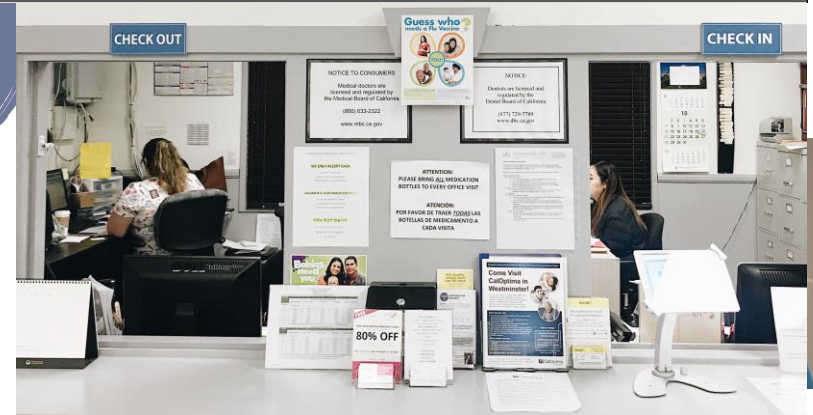
Si es así, puede calificar para nuestro Programa de Descuento de Tarifa Móvil.

Para calificar debe proporcionar:

- Tamaño de la familia
- El tamaño de la familia se define en el número de individuos.
- Verificación escrita de los ingresos mensuales.
- Verificación escrita de los ingresos mensuales.
- Declaración de impuestos del año anterior
- Vales de pago o talones de cheque por los dos meses anteriores.
- Carta de adjudicación del departamento de bienestar del país o otra Agencia Gubernamental que documenta la elegibilidad para asistencia.
- Otro
La elegibilidad temporal se otorgará si usted ha declarado que ha escrito la Verificación mensual de ingreso, pero no lo trajo a la cita con usted. Se la Pedirá que firme la forma de "Auto Declaración de Ingreso" un formulario verificación de ingreso.

La Auto Declaración: también puede usarse cuando el ingreso no puede ser Documentado razonablemente. Si no puede proporcionar una verificación por escrito, debe presentar una "Declaración de Ingreso" firmada.

Tamaño del Hogar por Ingreso Anual					
Discount	A	B	C	D	E
Clase de Pago con Descuento y Porcentaje de Pobreza					
	100% o menos	101 -133%	134 -155%	156-200%	201% y superior
Tamaño del hogar	A (Tarifa Nominal)	B	C	D	E
1	\$12,140	16,146	18,817	24,280	\$24,281
2	\$16,460	21,892	25,513	32,920	\$32,921
3	\$20,780	27,637	32,209	41,560	\$41,561
4	\$25,100	33,383	38,905	50,200	\$50,201
5	\$29,420	39,129	45,601	58,840	\$58,841
6	\$33,740	44,874	52,297	67,480	\$67,481
7	\$38,060	50,620	58,993	76,120	\$76,121
8	\$42,380	56,365	65,689	84,760	\$84,761
9	\$46,700	62,111	72,385	93,400	\$93,401
10	\$51,020	67,857	79,081	102,040	\$102,041
Para familias / hogares con más de 10 personas, agregue \$ 4,320 por cada.					



FAVOR DE PEDIR UNA APLICACION EN LA RECEPCION