

NUESTROS SERVICIOS

Tarifas de escala movil disponible para todos los sevicios

1) Servicios Médicos

- *Práctica familiar*
- *Neurología*



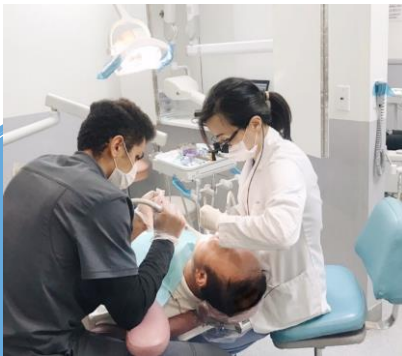
2) Sevicios Dentales

- *Sevicios dentales completos*

3) Acupuntura

4) 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

111 West Bastunchury Unit 1A
Fullerton CA 92835

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?

2023 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

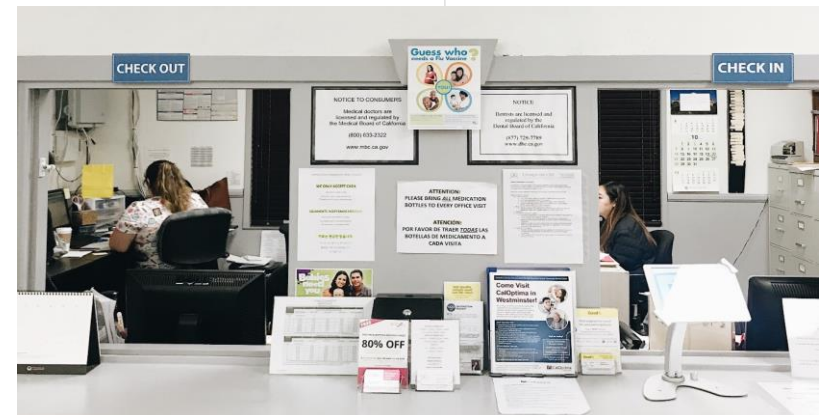
Si es así, puede calificar para nuestro Programa de Descuento de Tarifa Móvil.

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.

Household Size by Annual Income					
Discount	A	B	C	D	E
Discount Pay Class and Percent Poverty					
	100% or below	101 -133%	134 -155%	156-200%	201% and Above
Household Size	A (Nominal Fee)	B	C	D	E
1	\$14,580	19,391	22,599	29,160	\$29,161
2	\$19,720	26,228	30,566	39,440	\$39,441
3	\$24,860	33,064	38,533	49,720	\$49,721
4	\$30,000	39,900	46,500	60,000	\$60,001
5	\$35,140	46,736	54,467	70,280	\$70,281
6	\$40,280	53,572	62,434	80,560	\$80,561
7	\$45,420	60,409	70,401	90,840	\$90,841
8	\$50,560	67,245	78,368	101,120	\$101,121
9	\$55,700	74,081	86,335	111,400	\$111,401
10	\$60,840	80,917	94,302	121,680	\$121,681
For families/households with more than 10 persons, add \$5,140 for each additional person.					



FAVOR DE PEDIR UNA APLICACION EN LA RECEPCION