

الرسوم المتدرجة طلب الخصم



توفر Primary Health Network (شبكة الصحة الأولية)، وهي مركز صحي مؤهل فدراليًا، خصومات تُحسب على أساس الدخل على خدمات مختارة. تُقرر الأهلية عبر تقييم إجمالي الدخل السنوي لأسرتك وفقًا لـ Federal Poverty Guidelines (إرشادات الفقر الفيدرالية) (راجع الجانب الآخر من الجدول).

لكي تتأهل للحصول على الرسوم المتدرجة، يُرجى تقديم إثبات الدخل لجميع أفراد الأسرة أو من تعولهم ماليًا. إذا لم يكن لديك مصدر دخل، فيُرجى استكمال قسم الشهادة الشخصية. إذا كنت من مستفيدي الضمان الاجتماعي، فحدد وفقًا لذلك.

يجب على المتقدمين تقديم نسخة من المستندات التالية، إن وجدت:

- أحدث قسائم دفع الفواتير بحد أقصى أربعة أسابيع
- تعويض البطالة

• الإقرار الضريبي الفيدرالي عن العام السابق أو وثيقة W-2's، أو 1099's (طريقة التحقق المفضلة)

• دخل الضمان الاجتماعي أو المعاش التقاعدي

أعد الطلب (الطلبات) المُكتملة ومستندات الدخل إلى أي من مواقع PHN أو إما عبر البريد أو رسائل البريد الإلكتروني:
Primary Health Network, Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | billing@primary-health.net
يُرجى ملاحظة: إذا كانت لديك أية أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ PHN Billing Department على الرقم 1-888-274-2043.

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

حجم الأسرة (عدد الأفراد الذين يعيشون في أسرتك): _____

دخل الأسرة السنوي: _____

أدرج اسم (أسماء) وتاريخ (تواريخ) ميلاد أفراد الأسرة/ الأفراد الذين يعيشون في أسرتك أو الأفراد الذين تعيلهم ماليًا:

اسم فرد الأسرة	تاريخ الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب	معرف المريض (استخدام داخلي فقط)

إذا لم يكن لديك أي مصدر للدخل، فيُرجى توضيح كيفية توفير متطلبات الحياة الأساسية والغذاء والمأوى.

خاص بالاستخدام الداخلي فقط

الدخل الإجمالي للأسرة: _____
تاريخ الاستلام: _____
المريض مؤهل للإدراج في فئة خصم الرسوم المتدرجة: _____

تم التحقق من إثبات الدخل
 لم يتم استلام إثبات الدخل

التاريخ

موافقة

إخلاء المسؤولية: أشهد بموجبه على أن هذه المعلومات المذكورة أعلاه، على حد علمي، صحيحة وحقيقية. أوافق أيضًا على إخطار Primary Health Network بأي تغييرات في هذه المعلومات خلال عشرة (10) أيام من حدوث هذا التغيير.

أفهم أنه يجب علي إعادة التقييم سنويًا للحفاظ على أهليتي.

التوقيع

التوقيع

الغنة 4	الغنة 3	الغنة 2	الغنة 1	الغنة 0	قياس الدخل	حجم الأسرة
+200.00%	175.00%-199.99%	150.00%-174.99%	100.01%-149.99%	حتى 100%	% من مستوى حد الفقر الفيديري	
رسوم المريض: %100	رسوم المريض: 30.00\$	رسوم المريض: 20.00\$	رسوم المريض: 10.00\$	رسوم المريض: 0.00\$		
+ 29,161\$ + 2,431\$	29,160\$ - 25,515\$ 2,430\$ - 2,127\$	25,514\$ - 21,870\$ 2,126\$ - 1,823\$	21,869\$ - 14,581\$ 1,822\$ - 1,216\$	14,580\$ - 0\$ 1,215\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	1
+ 39,441\$ + 3,287\$	39,440\$ - 34,510\$ 3,286\$ - 2,876\$	34,509\$ - 29,580\$ 2,875\$ - 2,465\$	29,579\$ - 19,721\$ 2,464\$ - 1,644\$	19,720\$ - 0\$ 1,643\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	2
+ 49,721\$ + 4,145\$	49,720\$ - 43,505\$ 4,144\$ - 3,627\$	43,504\$ - 37,290\$ 3,626\$ - 3,109\$	37,289\$ - 24,861\$ 3,108\$ - 2,073\$	24,860\$ - 0\$ 2,072\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	3
+ 60,001\$ + 5,001\$	60,000\$ - 52,500\$ 5,000\$ - 4,376\$	52,499\$ - 45,000\$ 4,375\$ - 3,751\$	44,999\$ - 30,001\$ 3,750\$ - 2,501\$	30,000\$ - 0\$ 2,500\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	4
+ 70,281\$ + 5,857\$	70,280\$ - 61,495\$ 5,856\$ - 5,125\$	61,494\$ - 52,710\$ 5,124\$ - 4,393\$	52,709\$ - 35,141\$ 4,392\$ - 2,929\$	35,140\$ - 0\$ 2,928\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	5
+ 80,561\$ + 6,715\$	80,560\$ - 70,490\$ 6,714\$ - 5,875\$	70,489\$ - 60,420\$ 5,874\$ - 5,036\$	60,419\$ - 40,281\$ 5,035\$ - 3,358\$	40,280\$ - 0\$ 3,357\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	6
+ 90,841\$ + 7,571\$	90,840\$ - 79,485\$ 7,570\$ - 6,624\$	79,484\$ - 68,130\$ 6,623\$ - 5,678\$	68,129\$ - 45,421\$ 5,677\$ - 3,786\$	45,420\$ - 0\$ 3,785\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	7
+ 101,121\$ + 8,427\$	101,120\$ - 88,480\$ 8,426\$ - 7,373\$	88,479\$ - 75,840\$ 7,372\$ - 6,320\$	75,839\$ - 50,561\$ 6,319\$ - 4,214\$	50,560\$ - 0\$ 4,213\$ - 0\$	سنويًا شهريًا	8
+ 10,280\$ سنويًا + 857\$ شهريًا	+ 8,995\$ سنويًا + 750\$ شهريًا	+ 7,710\$ سنويًا + 642\$ شهريًا	+ 5,140\$ سنويًا + 428\$ شهريًا	+ 5,140\$ سنويًا + 428\$ شهريًا	كل فرد إضافي من أفراد الأسرة	

الاستثناءات- الفئة 1-3

الأسنان

- ستتم محاسبتك على ما يلي بنسبة 75% من الرسوم الفعلية بناءً على جدول رسوم PHN:
- أطقم الأسنان
 - التيجان
 - الجسور
 - جراحة الفم
 - الحشوات الخلفية القائمة على الراتنج

الاستثناءات- الفئة 0

الأسنان

- سيتم تحصيل ما يلي بنسبة 100% من تكاليف PHN الفعلية:
- تكلفة مختبر الأسنان المرتبطة بأطقم الأسنان أو التيجان أو الجسور