



Tarifa variable Solicitud de descuento

Primary Health Network, un centro de salud federalmente calificado, ofrece descuentos basados en los ingresos en servicios selectos. La elegibilidad se determina sobre la base del ingreso anual total del grupo familiar de acuerdo con los Lineamientos Federales de Pobreza (consulte el reverso de la tabla).

Si desea solicitar la tarifa variable, proporcione un comprobante de ingresos para todos los miembros del grupo familiar o para quienes están bajo su atención financiera. Si no tiene ingresos, complete la sección de autocertificación. Si desea obtener los beneficios de Seguro Social, especifique según corresponda.

Los solicitantes deberán proporcionar una copia de los siguientes documentos, si corresponde:

- Declaración de impuestos federales del año anterior, W-2 o 1099 (método de verificación preferido)
- Recibos de sueldo más recientes que abarquen cuatro semanas
- Ingreso del Seguro Social o de la pensión
- Indemnización por desempleo

Entregue la solicitud y la documentación completa sobre los ingresos en cualquier ubicación de PHN o por correo postal o correo electrónico:
Primary Health Network, Atención a: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | billing@primary-health.net
TENGA EN CUENTA: si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Facturación de PHN llamando al 1-888-274-2043.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Tamaño del grupo familiar (número de personas que viven en su hogar): _____

Ingreso anual del grupo familiar: _____

Enumere el/los nombre(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento de los familiares/las personas que viven en su hogar o de las personas de quienes usted es financieramente responsable:

Nombre del miembro del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	ID del paciente (solo para uso interno)

Si no tiene fuentes de ingresos, explique cómo proporciona los servicios básicos de vida, alimentación y refugio.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: por la presente certifico que la información anterior es, según mi conocimiento, verdadera y correcta. Asimismo, acepto notificar a Primary Health Network cualquier cambio en esta información en un plazo de diez (10) días posteriores a dicho cambio.

Comprendo que debo volver a presentar la solicitud anualmente para mantener mi elegibilidad.

Firma

Fecha

SOLO PARA USO INTERNO

Ingreso bruto del grupo familiar: _____

Fecha de recepción: _____

El paciente es elegible para la categoría de descuento de la tarifa variable:

Comprobante de ingresos verificado

Comprobante de ingresos no recibido

Aprobado por

Fecha

Tamaño de la familia	Medición de ingresos	Categoría 0	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4
% del nivel de pobreza federal basado en los ingresos		Hasta el 100 %	Del 100.01 % al 149.99 %	Del 150.00 % al 174.99 %	Del 175.00 % al 199.99 %	De 200.00 % a más
		Tarifa del paciente: \$ 0.00	Tarifa del paciente: \$ 10.00	Tarifa del paciente: \$ 20.00	Tarifa del paciente: \$ 30.00	Tarifa de paciente: 100 %
1	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 14,580 De \$ 0 a \$ 1,215	De \$ 14,581 a \$ 21,869 De \$ 1,216 a \$ 1,822	De \$ 21,870 a \$ 25,514 De \$ 1,823 a \$ 2,126	De \$ 25,515– \$29,160 De \$ 2,127 a \$ 2,430	De \$ 29,161 a más De \$ 2,431 a más
2	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 19,720 De \$ 0 a \$ 1,643	De \$ 19,721 a \$ 29,579 De \$ 1,644 a \$ 2,464	De \$ 29,580 a \$ 34,509 De \$ 2,465 a \$ 2,875	De \$ 34,510 a \$ 39,440 De \$ 2,876 a \$ 3,286	De \$ 39,441 a más De \$ 3,287 a más
3	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 24,860 De \$ 0 a \$ 2,072	De \$ 24,861 a \$ 37,289 De \$ 2,073 a \$ 3,108	De \$ 37,290 a \$ 43,504 De \$ 3,109 a \$ 3,626	De \$ 43,505 a \$ 49,720 De \$ 3,627 a \$ 4,144	De \$ 49,721 a más De \$ 4,145 a más
4	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 30,000 De \$ 0 a \$ 2,500	De \$ 30,001 a \$ 44,999 De \$ 2,501 a \$ 3,750	De \$ 45,000 a \$ 52,499 De \$ 3,751 a \$ 4,375	De \$ 52,500 a \$ 60,000 De \$ 4,376 a \$ 5,000	De \$ 60,001 a más De \$ 5,001 a más
5	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 35,140 De \$ 0 a \$ 2,928	De \$ 35,141 a \$ 52,709 De \$ 2,929 a \$ 4,392	De \$ 52,710 a \$ 61,494 De \$ 4,393 a \$ 5,124	De \$ 61,495 a \$ 70,280 De \$ 5,125 a \$ 5,856	De \$ 70,281 a más De \$ 5,857 a más
6	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 40,280 De \$ 0 a \$ 3,357	De \$ 40,281 a \$ 60,419 De \$ 3,358 a \$ 5,035	De \$ 60,420 a \$ 70,489 De \$ 5,036 a \$ 5,874	De \$ 70,490 a \$ 80,560 De \$ 5,875 a \$ 6,714	De \$ 80,561 a más De \$ 6,715 a más
7	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 45,420 De \$ 0 a \$ 3,785	De \$ 45,421 a \$ 68,129 De \$ 3,786 a \$ 5,677	De \$ 68,130 a \$ 79,484 De \$ 5,678 a \$ 6,623	De \$ 79,485 a \$ 90,840 De \$ 6,624 a \$ 7,570	De \$ 90,841 a más De \$ 7,571 a más
8	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 50,560 De \$ 0 a \$ 4,213	De \$ 50,561 a \$ 75,839 De \$ 4,214 a \$ 6,319	De \$ 75,840 a \$ 88,479 De \$ 6,320 a \$ 7,372	De \$ 88,480 a \$ 101,120 De \$ 7,373 a \$ 8,426	De \$ 101,121 a más De \$ 8,427 a más
Cada miembro adicional de la familia		Más de \$ 5,140 A Más de \$ 428 M	Más de \$ 5,140 A Más de \$ 428 M	Más de \$ 7,710 A Más de \$ 642 M	Más de \$ 8,995 A Más de \$ 750 M	Más de \$ 10,280 A Más de \$ 857 M

EXCLUSIONES: CATEGORÍA 0 DENTAL

Lo siguiente se facturará al 100 % de los costos reales de PHN:

- Costo del laboratorio dental asociado con dentaduras postizas, coronas o puentes

EXCLUSIONES: DE LA CATEGORÍA 1 A LA 3 DENTAL

Lo siguiente se facturará al 75 % del cargo real según el cronograma de tarifas de PHN:

- Dentaduras
- Coronas
- Puentes
- Cirugía bucal
- Rellenos posteriores a base de resina