



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

Escala de tarifas variables

Basado en el Registro Federal de los Lineamientos de Pobreza 2020

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 \$ 1,000 (De \$ 0 a \$ 1,200)	De \$ 1,001 a \$ 2,000 (De \$ 1,001 a \$ 1,800)	De \$ 22,590 a \$ 26,354 (De \$ 1,882 a \$ 2,195)	De \$ 26,355 a \$ 30,119 (De \$ 2,196 a \$ 2,509)	De \$ 30,120 a más (De \$ 2,510 a más)
2	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 2,000 (De \$ 0 a \$ 1,500)	De \$ 2,001 a \$ 3,000 (De \$ 2,001 a \$ 2,500)	De \$ 30,660 a \$ 35,769 (De \$ 2,555 a \$ 2,979)	De \$ 35,770 a \$ 40,879 (De \$ 2,980 a \$ 3,405)	De \$ 40,880 a más (De \$ 3,406 a más)
3	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 3,000 (De \$ 0 a \$ 2,000)	De \$ 3,001 a \$ 4,000 (De \$ 2,501 a \$ 3,000)	De \$ 38,730 a \$ 45,184 (De \$ 3,227 a \$ 3,764)	De \$ 45,185 a \$ 51,639 (De \$ 3,765 a \$ 4,302)	De \$ 51,640 a más (De \$ 4,303 a más)
4	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 4,000 (De \$ 0 a \$ 2,500)	De \$ 4,001 a \$ 5,000 (De \$ 3,501 a \$ 4,000)	De \$ 46,800 a \$ 54,599 (De \$ 3,900 a \$ 4,549)	De \$ 54,600 a \$ 62,399 (De \$ 4,550 a \$ 5,199)	De \$ 62,400 a más (De \$ 5,200 a más)
5	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 5,000 (De \$ 0 a \$ 3,000)	De \$ 5,001 a \$ 6,000 (De \$ 4,501 a \$ 5,000)	De \$ 54,870 a \$ 64,014 (De \$ 4,572 a \$ 5,333)	De \$ 64,015 a \$ 73,159 (De \$ 5,334 a \$ 6,095)	De \$ 73,160 a más (De \$ 6,096 a más)
6	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 6,000 (De \$ 0 a \$ 3,500)	De \$ 6,001 a \$ 7,000 (De \$ 5,501 a \$ 6,000)	De \$ 62,940 a \$ 73,429 (De \$ 5,245 a \$ 6,119)	De \$ 73,430 a \$ 83,919 (De \$ 6,120 a \$ 6,992)	De \$ 83,920 a más (De \$ 6,993 a más)
7	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 7,000 (De \$ 0 a \$ 4,000)	De \$ 7,001 a \$ 8,000 (De \$ 6,501 a \$ 7,000)	De \$ 71,010 a \$ 82,844 (De \$ 5,917 a \$ 6,902)	De \$ 82,845 a \$ 94,679 (De \$ 6,903 a \$ 7,889)	De \$ 94,680 a más (De \$ 7,890 a más)
8	Anual Mensual	De \$ 0 a \$ 8,000 (De \$ 0 a \$ 4,500)	De \$ 8,001 a \$ 9,000 (De \$ 7,501 a \$ 8,000)	De \$ 79,080 a \$ 92,259 (De \$ 6,590 a \$ 7,687)	De \$ 92,260 a \$ 105,439 (De \$ 7,688 a \$ 8,785)	De \$ 105,440 a más (De \$ 8,786 a más)
Cada miembro adicional de la familia		Más de \$ 5,000 (Más de \$ 4,000)	Más de \$ 5,380 (Más de \$ 448)	Más de \$ 8,070 (Más de \$ 672)	Más de \$ 9,415 (Más de \$ 784)	Más de \$ 10,760 (Más de \$ 896)

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