

Federal Primary Health Network (شبكة الصحة الأولية)، وهي مركز صحي مؤهل فدراليًا، خصومات تُحسب على أساس الدخل على خدمات مختارة. تُقَرَّر الأهلية عبر تقييم إجمالي الدخل السنوي لأسرتك وفقًا لـ Federal Poverty Guidelines (المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير) (انظر الجدول على الوجه الخلفي من الورقة).

Primary Health Network, a Federally Qualified Health Center, offers income-based discounts on select services. Eligibility is determined by assessing your total household annual income in accordance with Federal Poverty Guidelines (see reverse side for the table).

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.

To qualify for the sliding fee, please provide proof of income for all household members or those under your financial care. If you lack income, complete the self-attestation section. For Social Security Benefits, specify accordingly.

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

Applicants should provide a copy of the following documents, if applicable:

■ أحدث قسائم دفع الفواتير بحد أقصى أربعة أسابيع
Most recent pay stubs spanning four weeks

■ الإقرار الضريبي الفيدرالي عن العام السابق أو وثيقة W-2's أو 1099's (طريقة التحقق المفضلة)
Previous year's Federal Tax Return, W-2's, or 1099's (preferred method of verification)

■ تعويض البطالة
Unemployment compensation

■ دخل الضمان الاجتماعي أو المعاش التقاعدي
Social Security or Pension Income

أعد الطلب (الطلبات) المُكتملة ومستندات الدخل إلى أي من مواقع PHN أو إما عبر البريد أو رسائل البريد الإلكتروني:

Return the completed application(s) and income documentation to any PHN location or by either mail or email:

Primary Health Network, Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | billing@primary-health.net

Primary Health Network, Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | billing@primary-health.net

إذا كانت لديك أي استفسارات، يرجى التواصل مع قسم الفواتير لدى PHN هاتفياً على الرقم 1-888-274-2043، أو عبر البريد الإلكتروني billing@primary-health.net

If you have any questions, please contact the PHN Billing Department by calling 1-888-274-2043, or email billing@primary-health.net

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____
الهاتف: _____
حجم الأسرة (عدد الأفراد الذين تعولهم ماليًا): _____
دخل الأسرة السنوي: _____
قم بإدراج أسماء وتواريخ ميلاد أفراد الأسرة/الأفراد الذين تعولهم ماليًا:

معرف المريض (للاستخدام الداخلي فقط) Patient ID (Internal Use Only)	العلاقة بمقدم الطلب Relationship to Applicant	تاريخ الميلاد Date of Birth	اسم فرد الأسرة Household Member Name

خاص بالاستخدام الداخلي فقط
FOR INTERNAL USE ONLY

دخل الأسرة: _____

Household Income: _____

تاريخ الاستلام: _____

Date Received: _____

المريض مؤهل للإدراج ضمن الفئة المسحقة لخصم الرسوم المتدرجة:
Patient is eligible for sliding fee discount category:

تم التحقق من إثبات الدخل

Proof of income verified

لم يتم استلام إثبات الدخل

Proof of income not received

التاريخ
Date

تمت المراجعة من قبل
Reviewed by

التاريخ
Date

تمت الموافقة من قبل
Approved by

إذا لم يكن لديك أي مصدر للدخل، يرجى توضيح السبل التي توفر بها متطلبات الحياة الأساسية والغذاء والمأوى.

If you have no sources of income, please explain how you provide for basic life essentials, food, and shelter.

إخلاء المسؤولية: أقر بموجب هذه المعلومات الواردة أعلاه، على حد علمي، صحة وحقيقة.
DISCLAIMER: I hereby certify that the above information is, to the best of my knowledge, true and correct.

التاريخ
Date

التوقيع
Signature

مقياس الرسوم المتدرجة

Sliding Fee Scale

استنادًا إلى المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر لعام 2025 الصادرة عن السجل الفيدرالي

Based on Federal Register 2025 Poverty Guidelines



الفئة 4 Category 4	الفئة 3 Category 3	الفئة 2 Category 2	الفئة 1 Category 1	الفئة 0 Category 0	قياس الدخل Income Measure	حجم الأسرة Family Size
+200.00%	%199.99-%175.00	%174.99-%150.00	%149.99-%100.01	حتى 100%		% من مستوى حد الفقر الفيدرالي % of Federal Poverty Income Level
رسوم الخدمة: 100% Service Fee: 100%	رسوم الخدمة: \$30.00 Service Fee: \$30.00	رسوم الخدمة: \$20.00 Service Fee: \$20.00	رسوم الخدمة: \$10.00 Service Fee: \$10.00	رسوم الخدمة: \$0.00 Service Fee: \$0.00		
+ 31,300\$ +2,609\$	31,299\$ - 27,387\$ 2,608\$ - 2,282\$	27,386\$ - 23,475\$ 2,281\$ - 1,956\$	23,474\$ - 15,651\$ 1,955\$ - 1,305\$	15,650\$ - 0\$ 1,304\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	1
+ 42,300\$ + 3,527\$	42,229\$ - 37,012\$ 3,526\$ - 3,085\$	37,011\$ - 31,725\$ 3,084\$ - 2,645\$	31,724\$ - 21,151\$ 2,644\$ - 1,764\$	21,150\$ - 0\$ 1,763\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	2
+53,300\$ + 4,443\$	53,299\$ - 46,637\$ 4,442\$ - 3,888\$	46,636\$ - 39,975\$ 3,887\$ - 3,332\$	39,974\$ - 26,651\$ 3,331\$ - 2,222\$	26,650\$ - 0\$ 2,221\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	3
+ 64,300\$ + 5,359\$	64,299\$ - 56,262\$ 5,358\$ - 4,688\$	56,261\$ - 48,225\$ 4,687\$ - 4,018\$	48,224\$ - 32,151\$ 4,017\$ - 2,680\$	32,150\$ - 0\$ 2,679\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	4
+ 75,300\$ + 6,277\$	75,299\$ - 65,887\$ 6,276\$ - 5,491\$	65,886\$ - 56,475\$ 5,490\$ - 4,707\$	56,474\$ - 37,651\$ 4,706\$ - 3,139\$	37,650\$ - 0\$ 3,138\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	5
+ 86,300\$ + 7,193\$	86,299\$ - 75,512\$ 7,192\$ - 6,295\$	75,511\$ - 64,725\$ 6,294\$ - 5,395\$	64,724\$ - 43,151\$ 5,394\$ - 3,597\$	43,150\$ - 0\$ 3,596\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	6
+ 97,300\$ + 8,109\$	97,299\$ - 85,137\$ 8,108\$ - 7,094\$	85,136\$ - 72,975\$ 7,093\$ - 6,081\$	72,974\$ - 48,651\$ 6,080\$ - 4,055\$	48,650\$ - 0\$ 4,054\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	7
+ 108,300\$ + 9,027\$	108,299\$ - 94,762\$ 9,026\$ - 7,898\$	94,761\$ - 81,225\$ 7,897\$ - 6,770\$	81,224\$ - 54,151\$ 6,769\$ - 4,514\$	54,150\$ - 0\$ 4,513\$ - 0\$	سنويًا شهريًا Annual Monthly	8
+ 11,000\$ سنويًا + \$11,000 A + 917\$ شهريًا + \$917 M	+ 9,625\$ سنويًا + \$9,625 A + 802\$ شهريًا + \$802 M	+ 8,250\$ سنويًا + \$8,250 A + 688\$ شهريًا + \$688 M	+ 5,500\$ سنويًا + \$5,500 A + 458\$ شهريًا + \$458 M	+ 5,500\$ سنويًا + \$5,500 A + 458\$ شهريًا + \$458 M		كل فرد إضافي من أفراد الأسرة Each additional family member

الاستثناءات- الفئة 3-1

EXCLUSIONS - CATEGORY 1-3

الأسنان

DENTAL

سيتم خصم تكلفة الإجراءات التالية وفقًا لجدول رسوم PHN، بالنسبة المنوبة المدرجة أدناه:
The following procedures will be discounted according to PHN's fee schedule, with the percentages listed below:

- أطقم الأسنان
Dentures
- تيجان الأسنان
Crowns
- جراحة الفم
Oral Surgery

فئات الخصم:

Discount Categories:

- الفئة 1: خصم 75%
Category 1: 75% Discount
- الفئة 2: خصم 50%
Category 2: 50% Discount
- الفئة 3: خصم 25%
Category 3: 25% Discount

يعتمد الخصم الذي تحصل عليه على أهليتك وفتاك.

The discount you receive will depend on your eligibility and category.

الاستثناءات- الفئة 0

EXCLUSIONS - CATEGORY 0

الأسنان

DENTAL

سيتم تحصيل ما يلي بنسبة 100% من تكاليف PHN الفعلية:

- تكاليف خدمات معمل الأسنان مقابل أطقم وتيجان الأسنان.
Dental lab cost associated with dentures and crowns.