



# Tarifa variable Sliding Fee Solicitud de descuento Discount Application

Primary Health Network, un centro de salud federalmente calificado, ofrece descuentos basados en los ingresos en servicios selectos.  
Primary Health Network, a Federally Qualified Health Center, offers income-based discounts on select services.

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).  
Eligibility is determined by assessing your total household annual income in accordance with Federal Poverty Guidelines (see reverse side for the table).

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.  
To qualify for the sliding fee, please provide proof of income for all household members or those under your financial care.

Si no tiene ingresos, complete la sección de autocertificación. Si desea obtener los beneficios de Seguro Social, especifique según corresponda.  
If you lack income, complete the self-attestation section. For Social Security Benefits, specify accordingly.

Los solicitantes deberán proporcionar una copia de los siguientes documentos, si corresponde:  
Applicants should provide a copy of the following documents, if applicable:

- Declaración de impuestos federales del año anterior, W-2 o 1099 (método de verificación preferido)  
Previous year's Federal Tax Return, W-2's, or 1099's (preferred method of verification)
- Recibos de sueldo más recientes que abarquen cuatro semanas  
Most recent pay stubs spanning four weeks
- Ingreso del Seguro Social o de la pensión  
Social Security or Pension Income
- Indemnización por desempleo  
Unemployment compensation

Entregue la solicitud y la documentación completa sobre los ingresos en cualquier ubicación de PHN o por correo postal o correo electrónico:  
Return the completed application(s) and income documentation to any PHN location or by either mail or email:

Primary Health Network, Atención a: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | [billing@primary-health.net](mailto:billing@primary-health.net)  
Primary Health Network, Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | [billing@primary-health.net](mailto:billing@primary-health.net)

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Facturación de PHN al teléfono 1-888-274-2043 o envíe un correo electrónico a [billing@primary-health.net](mailto: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](mailto:billing@primary-health.net)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_

Tamaño del grupo familiar (número de personas a las que mantiene económicamente): \_\_\_\_\_  
Household Size (number of individuals that you financially support): \_\_\_\_\_

Ingreso anual del grupo familiar: \_\_\_\_\_  
Annual Household Income: \_\_\_\_\_

Enumere el/los nombre(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento de los familiares/las personas de quienes usted es financieramente responsable:  
List name(s) and date(s) of birth of family members/individuals for whom you are financially responsible:

Nombre del miembro del grupo familiar Household Member Name	Fecha de Nacimiento Date of Birth	Relación con el solicitante Relationship to Applicant	ID del paciente (solo para uso interno) Patient ID (Internal Use Only)

Si no tiene fuentes de ingresos, explique cómo proporciona los servicios básicos de vida, alimentación y refugio.  
If you have no sources of income, please explain how you provide for basic life essentials, food, and shelter.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: por la presente certifico que la información anterior es, según mi conocimiento, verdadera y correcta.  
DISCLAIMER: I hereby certify that the above information is, to the best of my knowledge, true and correct.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO INTERNO  
FOR INTERNAL USE ONLY**

Ingreso del grupo familiar: \_\_\_\_\_  
Household Income: \_\_\_\_\_  
Fecha de recepción: \_\_\_\_\_  
Date Received: \_\_\_\_\_  
El paciente es elegible para la categoría de descuento de la tarifa variable:  
Patient is eligible for sliding fee discount category: \_\_\_\_\_

Comprobante de ingresos verificado  
Proof of income verified

Comprobante de ingresos no recibido  
Proof of income not received

Revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Reviewed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Aprobado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Approved by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Escala de tarifas variables

## Sliding Fee Scale

Basada en el Registro Federal de los Lineamientos de Pobreza 2025  
Based on Federal Register 2025 Poverty Guidelines

Tamaño de la familia Family Size	Medición de ingresos Income Measure	Categoría 0 Category 0	Categoría 1 Category 1	Categoría 2 Category 2	Categoría 3 Category 3	Categoría 4 Category 4
% del nivel de pobreza federal basado en los ingresos % of Federal Poverty Income Level		Hasta el 100 % Up to 100%	Del 100.01 % al 149.99 % 100.01%-149.99%	Del 150.00 % al 174.99 % 150.00%-174.99%	Del 175.00 % al 199.99 % 175.00%-199.99%	Más del 200.00 % 200.00%+
		Tarifa de servicio: \$ 0.00 Service Fee: \$0.00	Tarifa de servicio: \$ 10.00 Service Fee: \$10.00	Tarifa de servicio: \$ 20.00 Service Fee: \$20.00	Tarifa de servicio: \$ 30.00 Service Fee: \$30.00	Tarifa de servicio: 100 % Service Fee: 100%
1	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 15,650 \$0-\$15,650 De \$ 0 a \$ 1,304 \$0-\$1,304	De \$ 15,651 a \$ 23,474 \$15,651-\$23,474 De \$ 1,305 a \$ 1,955 \$1,305-\$1,955	De \$ 23,475 a \$ 27,386 \$23,475-\$27,386 De \$ 1,956 a \$ 2,281 \$1,956-\$2,281	De \$ 27,387 a \$ 31,299 \$27,387-\$31,299 De \$ 2,282 a \$ 2,608 \$2,282-\$2,608	Más de \$ 31,300 \$31,300 + Más de \$ 2,609 \$2,609 +
2	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 21,150 \$0-\$21,150 De \$ 0 a \$ 1,763 \$0-\$1,763	De \$ 21,151 a \$ 31,724 \$21,151-\$31,724 De \$ 1,764 a \$ 2,644 \$1,764-\$2,644	De \$ 31,725 a \$ 37,011 \$31,725-\$37,011 De \$ 2,645 a \$ 3,084 \$2,645-\$3,084	De \$ 37,012 a \$ 42,229 \$37,012-\$42,229 De \$ 3,085 a \$ 3,526 \$3,085-\$3,526	Más de \$ 42,300 \$42,300 + Más de \$ 3,527 \$3,527 +
3	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 26,650 \$0-\$26,650 De \$ 0 a \$ 2,221 \$0-\$2,221	De \$ 26,651 a \$ 39,974 \$26,651-\$39,974 De \$ 2,222 a \$ 3,331 \$2,222-\$3,331	De \$ 39,975 a \$ 46,636 \$39,975-\$46,636 De \$ 3,332 a \$ 3,887 \$3,332-\$3,887	De \$ 46,637 a \$ 53,299 \$46,637-\$53,299 De \$ 3,888 a \$ 4,442 \$3,888-\$4,442	Más de \$ 53,300 \$53,300 + Más de \$ 4,443 \$4,443 +
4	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 32,150 \$0-\$32,150 De \$ 0 a \$ 2,679 \$0-\$2,679	De \$ 32,151 a \$ 48,224 \$32,151-\$48,224 De \$ 2,680 a \$ 4,017 \$2,680-\$4,017	De \$ 48,225 a \$ 56,261 \$48,225-\$56,261 De \$ 4,018 a \$ 4,687 \$4,018-\$4,687	De \$ 56,262 a \$ 64,299 \$56,262-\$64,299 De \$ 4,688 a \$ 5,358 \$4,688-\$5,358	Más de \$ 64,300 \$64,300 + Más de \$ 5,359 \$5,359 +
5	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 37,650 \$0-\$37,650 De \$ 0 a \$ 3,138 \$0-\$3,138	De \$ 37,651 a \$ 56,474 \$37,651-\$56,474 De \$ 3,139 a \$ 4,706 \$3,139-\$4,706	De \$ 56,475 a \$ 65,886 \$56,475-\$65,886 De \$ 4,707 a \$ 5,490 \$4,707-\$5,490	De \$ 65,887 a \$ 75,299 \$65,887-\$75,299 De \$ 5,491 a \$ 6,276 \$5,491-\$6,276	Más de \$ 75,300 \$75,300 + Más de \$ 6,277 \$6,277 +
6	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 43,150 \$0-\$43,150 De \$ 0 a \$ 3,596 \$0-\$3,596	De \$ 43,151 a \$ 64,724 \$43,151-\$64,724 De \$ 3,597 a \$ 5,394 \$3,597-\$5,394	De \$ 64,725 a \$ 75,511 \$64,725-\$75,511 De \$ 5,395 a \$ 6,294 \$5,395-\$6,294	De \$ 75,512 a \$ 86,299 \$75,512-\$86,299 De \$ 6,295 a \$ 7,192 \$6,295-\$7,192	Más de \$ 86,300 \$86,300 + Más de \$ 7,193 \$7,193 +
7	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 48,650 \$0-\$48,650 De \$ 0 a \$ 4,054 \$0-\$4,054	De \$ 48,651 a \$ 72,974 \$48,651-\$72,974 De \$ 4,055 a \$ 6,080 \$4,055-\$6,080	De \$ 72,975 a \$ 85,136 \$72,975-\$85,136 De \$ 6,081 a \$ 7,093 \$6,081-\$7,093	De \$ 85,137 a \$ 97,299 \$85,137-\$97,299 De \$ 7,094 a \$ 8,108 \$7,094-\$8,108	Más de \$ 97,300 \$97,300 + Más de \$ 8,109 \$8,109 +
8	Anual Mensual Annual Monthly	De \$ 0 a \$ 54,150 \$0-\$54,150 De \$ 0 a \$ 4,513 \$0-\$4,513	De \$ 54,151 a \$ 81,224 \$54,151-\$81,224 De \$ 4,514 a \$ 6,769 \$4,514-\$6,769	De \$ 81,225 a \$ 94,761 \$81,225-\$94,761 De \$ 6,770 a \$ 7,897 \$6,770-\$7,897	De \$ 94,762 a \$ 108,299 \$94,762-\$108,299 De \$ 7,898 a \$ 9,026 \$7,898-\$9,026	Más de \$ 108,300 \$108,300 + Más de \$ 9,027 \$9,027 +
Cada miembro adicional de la familia Each additional family member		Más de \$ 5,500 A +\$5,500 A Más de \$ 458 M +\$458 M	Más de \$ 5,500 A +\$5,500 A Más de \$ 458 M +\$458 M	Más de \$ 8,250 A +\$8,250 A Más de \$ 688 M +\$688 M	Más de \$ 9,625 A +\$9,625 A Más de \$ 802 M +\$802 M	Más de \$ 11,000 A +\$11,000 A Más de \$ 917 M +\$917 M

### EXCLUSIONES: CATEGORÍA 0

#### EXCLUSIONS - CATEGORY 0

#### SERVICIOS DENTALES

##### DENTAL

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

The following will be billed at 100% of PHN's actual costs:

- Costo del laboratorio dental asociado con dentaduras postizas y coronas.  
Dental lab cost associated with dentures and crowns.

### EXCLUSIONES: DE LA CATEGORÍA 1 A LA 3

#### EXCLUSIONS - CATEGORY 1-3

#### SERVICIOS DENTALES

##### DENTAL

Los siguientes procedimientos tendrán descuentos de acuerdo con el cronograma de tarifas de PHN, con los porcentajes que se indican a continuación:

The following procedures will be discounted according to PHN's fee schedule, with the percentages listed below:

- Dentaduras  
Dentures
- Coronas  
Crowns
- Cirugía buccal  
Oral Surgery

#### Categorías de descuento:

##### Discount Categories:

- Categoría 1: 75 % de descuento  
Category 1: 75% Discount
- Categoría 2: 50 % de descuento  
Category 2: 50% Discount
- Categoría 3: 25 % de descuento  
Category 3: 25% Discount

El descuento que reciba dependerá de su elegibilidad y categoría.

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