



# Solicitud de descuento de 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, 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)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Tamaño del grupo familiar (número de personas a las que ayuda económicamente) : \_\_\_\_\_

Ingreso anual del hogar: \_\_\_\_\_

Enumere los nombres y la(s) fecha(s) de nacimiento de los miembros de la familia/personas que están a su cargo económicamente:

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 leal saber y entender, verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**SOLO PARA USO INTERNO**

Ingreso familiar: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

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

Comprobante de ingresos verificado

Comprobante de ingresos no recibido

\_\_\_\_\_  
Revisado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aprobado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Escala de tarifas variables

Con base en el Registro Federal  
de los Lineamientos de Pobreza 2026

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%	De 100.01% a 149.99%	De 150.00% a 174.99%	De 175.00% a 199.99%	Más del 200.00%
		Tarifa de servicio: \$0.00	Tarifa de servicio: \$10.00	Tarifa de servicio: \$20.00	Tarifa de servicio: \$30.00	Tarifa de servicio: 100%
1	Anual Mensual	De \$0 a \$15,960 De \$0 a \$1,330	De \$15,961 a \$23,939 De \$1,331 a \$1,994	De \$23,940 a \$27,939 De \$1,995 a \$2,327	De \$27,930 a \$31,919 De \$2,328 a \$2,660	Más de \$31,920 Más de \$2,661
2	Anual Mensual	De \$0 a \$21,640 De \$0 a \$1,803	De \$21,641 a \$32,459 De \$1,804 a \$2,704	De \$32,460 a \$37,869 De \$2,705 a \$3,154	De \$37,870 a \$43,279 De \$3,155 a \$3,606	Más de \$43,280 Más de \$3,607
3	Anual Mensual	De \$0 a \$27,320 De \$0 a \$2,277	De \$27,321 a \$40,979 De \$2,278 a \$3,415	De \$40,980 a \$47,809 De \$3,416 a \$3,985	De \$47,810 a \$54,639 De \$3,986 a \$4,554	Más de \$54,640 Más de \$4,555
4	Anual Mensual	De \$0 a \$33,000 De \$0 a \$2,750	De \$33,001 a \$49,499 De \$2,751 a \$4,124	De \$49,500 a \$57,749 De \$4,125 a \$4,811	De \$57,750 a \$65,999 De \$4,812 a \$5,500	Más de \$66,000 Más de \$5,501
5	Anual Mensual	De \$0 a \$38,680 De \$0 a \$3,223	De \$38,681 a \$58,019 De \$3,224 a \$4,834	De \$58,020 a \$67,689 De \$4,835 a \$5,639	De \$67,690 a \$77,359 De \$5,640 a \$6,446	Más de \$77,360 Más de \$6,447
6	Anual Mensual	De \$0 a \$44,360 De \$0 a \$3,697	De \$44,361 a \$66,539 De \$3,698 a \$5,545	De \$66,540 a \$77,629 De \$5,546 a \$6,470	De \$77,630 a \$88,719 De \$6,471 a \$7,394	Más de \$88,720 Más de \$7,395
7	Anual Mensual	De \$0 a \$50,040 De \$0 a \$4,170	De \$50,041 a \$75,059 De \$4,171 a \$6,254	De \$75,060 a \$87,569 De \$6,255 a \$7,296	De \$87,570 a \$100,079 De \$7,297 a \$8,340	Más de \$100,080 Más de \$8,341
8	Anual Mensual	De \$0 - \$55,720 De \$0 - \$4,643	De \$55,721 a \$83,579 De \$4,644 a \$6,964	De \$83,580 a \$97,509 De \$6,965 a \$8,125	De \$97,510 a \$111,439 De \$8,126 a \$9,286	Más de \$111,440 Más de \$9,287
Cada miembro adicional de la familia		Más de \$5,680 A Más de \$473 M	Más de \$5,680A Más de \$473 M	Más de \$8,520 A Más de \$710 M	Más de \$9,940 A Más de \$828 M	Más de \$11,360 A Más de \$947 M

## EXCLUSIONES: DE LA CATEGORÍA 0 A LA 3 SERVICIOS DENTALES

Los siguientes servicios dentales tendrán descuentos de acuerdo con el programa de tarifas de PHN, dichos porcentajes de descuento se muestran en la columna de la derecha:

- Dentaduras
- Coronas
- Cirugía bucal
- Otros procedimientos dentales cosméticos

## CATEGORÍAS DE DESCUENTO

- Categoría 0: 60 % de descuento
- Categoría 1: 50 % de descuento
- Categoría 2: 40 % de descuento
- Categoría 3: 30 % de descuento

**NOTA:** Se puede cobrar un depósito en determinadas exclusiones de servicios dentales.

El descuento que reciba dependerá de su elegibilidad y categoría.