

North Country Family Health Center

Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Móvil del 2026

Estoy solicitando una Tarifa con Descuento para Atención Médica Atención Dental Ambos

Individuo que Solicita la Tarifa con Descuento (Indique a continuación los miembros del hogar que se incluirán en esta solicitud)				Fecha: / /	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento: / /					
Dirección de Domicilio:			Ciudad:		Estado:
Dirección de Correspondencia:			Ciudad:		Estado:
Código Postal:			Código Postal:		
# de Teléfono de Casa: () -			# de Teléfono Celular: () -		
# de Seguro Social - -			¿Tiene usted Seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, nombre de la compañía de salud:		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En una relación <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					

OTRAS PERSONAS de su hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	¿Solicita la Tarifa con Descuento?
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para cumplir las normativas federales y poder ofrecerle un descuento en nuestros servicios, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos cada año.

Ingreso por Empleo					
Nombre	Cantidad	¿Con qué Frecuencia?		Empleador:	
Usted	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Conyugue	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Hijos	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Otro	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
TOTAL	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Otro Ingreso					
	Usted	Conyugue	Hijos	Otros	¿Con qué Frecuencia?
Seguro Social	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Asistencia Pública	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Pensión por Jubilación	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Discapacidad	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Manutención Infantil/Pensión Alimenticia	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Otro	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año

Sólo Para Uso de Oficina:

Aprobado Denegado

Tamaño del Hogar: _____

Ingreso Bruto Total: _____

MÉDICO	DENTAL
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E

Firma de Aprobación: _____

Fecha: _____

Por el presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo que cualquier información engañosa o falsificada, y/u omisiones pueden descalificarme de consideración adicional para el programa de tarifa móvil y me sujetaré a sanciones bajo Leyes Federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. También estoy de acuerdo en informar al Centro de Salud Familiar de North Country si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si la aceptación al programa de tarifa móvil se obtiene bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones del Centro de Salud Familiar de North Country. Reconozco por este medio que leí la divulgación precedente y la entiendo.

Fecha: _____ Nombre (En Letra de Imprenta, Por Favor): _____

Firma: _____

Su solicitud se considera **PENDIENTE** hasta que reciba la aprobación por escrito del Centro de Salud Familiar de North Country, Inc.

Información del Programa de Descuento de Tarifa Móvil del 2026

Le pediremos que actualice su Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Móvil cada 12 meses.

Como Centro de Salud Calificado Federalmente, nuestra misión es asegurarnos de que los pacientes puedan pagar la atención médica que necesitan. Es por eso que ofrecemos a los pacientes calificados un **Descuento de Tarifa Móvil**.

- Nuestro descuento de tarifa móvil es para cualquier persona cuyo ingreso del hogar sea igual o inferior al **200% de las Pautas Federales de Pobreza**. “Hogar” incluye a todas las personas que viven en la misma casa o apartamento de la que el solicitante principal es financieramente responsable.
- Después de completar la Solicitud de Escala de Tarifa Móvil, podemos decirle cuánto podemos descontar su tarifa. Podemos utilizar este descuento para cualquier monto adeudado y para cualquier servicio que ofrezcamos.
- Puede tomar hasta dos semanas procesar las solicitudes completas. Su solicitud se considera **PENDIENTE** hasta que reciba una notificación por escrito de que ha sido aprobada.
- ***Le brindaremos la atención que necesita sin importar lo que pueda pagar.***

Cómo solicitar nuestro descuento de tarifa móvil:

Nuestro personal del escritorio frontal puede ayudarle a presentar su solicitud. Siempre se pregunta sobre el tamaño y los ingresos de su hogar como parte del ingreso.

Para calificar para un descuento, debe completar un breve formulario y mostrarnos una prueba de ingresos. Si no tiene prueba de ingresos en su primera visita, podemos darle 30 días para presentar uno de los documentos que se enumeran a continuación. Su solicitud no puede ser aprobada hasta que tengamos toda la documentación que necesitamos.

Lo que necesita traer como “Prueba de Ingresos”:

Se aceptarán los siguientes como comprobante de ingresos (**se podría requerir más de un documento**):

- Una copia de su declaración de impuestos de 2025
- Una copia de su W-2 2025 (si no presentó una declaración de impuestos)
- Recibos de pago de los últimos 30 días (4 semanales consecutivos o 2 quincenales consecutivos)
- Declaración escrita de su empleador en papel membretado
- Declaración de Beneficios del Seguro Social 2025
- Prueba de ingresos por Desempleo (Carta de Determinación)
- Prueba de ingresos por Discapacidad
- Prueba de otros ingresos (si los tiene), como manutención infantil, pensión alimenticia o pensión

****Por favor note que no podemos aceptar declaraciones bancarias como prueba de ingresos****

**Calendario de Tarifa Móvil del 2026
(Basado en las Pautas Federales de Pobreza del HHS de 2026, Vigentes a Partir del 03.03.2026)**

Porcentaje de las Pautas Federales de Pobreza Tamaño Familiar	INGRESOS BRUTOS ANUALES											
	0% - Desde	100% Hasta	101% - Desde	125% Hasta	126% - Desde	150% Hasta	151% - Desde	175% Hasta	176% - Desde	200% Hasta	Sobre 200% Desde	Sobre 200% Hasta
1	\$0	\$15,650	\$15,651	\$19,562	\$19,563	\$23,475	\$23,476	\$27,387	\$27,388	\$31,300	\$31,301	y más
2	\$0	\$21,150	\$21,151	\$26,437	\$26,438	\$31,725	\$31,726	\$37,012	\$37,013	\$42,300	\$42,301	y más
3	\$0	\$26,650	\$26,651	\$33,312	\$33,313	\$39,975	\$39,976	\$46,637	\$46,638	\$53,300	\$53,301	y más
4	\$0	\$32,150	\$32,151	\$40,187	\$40,188	\$48,225	\$48,226	\$56,262	\$56,263	\$64,300	\$64,301	y más
5	\$0	\$37,650	\$37,651	\$47,062	\$47,063	\$56,475	\$56,476	\$65,887	\$65,888	\$75,300	\$75,301	y más
6	\$0	\$43,150	\$43,151	\$53,937	\$53,938	\$64,725	\$64,726	\$75,512	\$75,513	\$86,300	\$86,301	y más
7	\$0	\$48,650	\$48,651	\$60,812	\$60,813	\$72,975	\$72,976	\$85,137	\$85,138	\$97,300	\$97,301	y más
8	\$0	\$54,150	\$54,151	\$67,687	\$67,688	\$81,225	\$81,226	\$94,762	\$94,763	\$108,300	\$108,301	y más
9	\$0	\$59,650	\$59,651	\$74,562	\$74,563	\$89,475	\$89,476	\$104,387	\$104,388	\$119,300	\$119,301	y más
10	\$0	\$65,150	\$65,151	\$81,437	\$81,438	\$97,725	\$97,726	\$114,012	\$114,013	\$130,300	\$130,301	y más
Cada Adicional	\$5,500											

MÉDICO/SALUD CONDUCTUAL	A	B	C	D	E	F
Todos los servicios por visita	\$15	\$30	\$45	\$60	\$75	Paga 100% de cargos
DENTAL	A	B	C	D	E	F
Servicios Preventivos/Emergencias por visita	\$15	\$30	\$45	\$60	\$75	Paga 100% de cargos
Otros servicios sin tarifa de laboratorio por visita	\$40	Paga 40% de cargos	Paga 50% de cargos	Paga 70% de cargos	Paga 90% de cargos	Paga 100% de cargos
Servicios extendidos con tarifa de laboratorio por visita	\$40*	Paga 40% de cargos	Paga 50% de cargos	Paga 70% de cargos	Paga 90% de cargos	Paga 100% de cargos
FARMACIA	A	B	C	D	E	F
340B Costo de Adquisición+ Tarifa Dispensar por guion	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$0	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$1.00	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$2.00	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$3.00	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$4.00	Paga 100% de cargos

* Se aplicarán costos adicionales de bolsillo por tarifa de laboratorio.