



Comportamiento de Salud del Condado de Polk Solicitud de Tarifa Rebajada

Es póliza de el Comportamiento de Salud del Condado de Polk (PCBH) proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago de una persona. PCBH ofrece descuentos a los residentes del Condado de Polk según el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en nuestras clínicas, pero no a los servicios o equipos adquiridos fuera, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y otros servicios similares.

Para aplicar, deberá proporcionar la siguiente información:

PRUEBA DE INGRESO

- Talones de pago de los tres meses anteriores - Si trabaja por cuenta propia, necesitamos el monto total del proyecto con la declaración de impuestos del año anterior
- Carta de Beneficios de Seguro Social/discapacidad
- Resumen de reclamaciones de Worksource Oregon
Ubicación: 580 Main St. Suite B, Dallas, Oregon
Telefono: (503) 831-1950
- Estado de los Reclamos del Sistema de Reclamos en línea de empleo durante las últimas 6 semanas

PRUEBA DE RESIDENCIA ACTUAL EN EL CONDADO DE POLK

- Licencia de conducir de Oregon
- Tarjeta de identificación del DMV
- Factura de servicios públicos
- Contrato de alquiler (documento comercial)

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 503-623-9289 y solicite que lo transfieran a nuestro equipo de facturación con respecto al programa de descuento basado en ingresos.

Nuestro equipo de facturación determinará si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. Si es elegible, debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Lista de Descuento Basado en Ingresos (SFS) 2024

Poverty Level	<=100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	>200%
Family Size	Discount 100%	Discount 90%	Discount 80%	Discount 70%	Discount 60%	Discount 50%	Discount 40%	Discount 30%	Discount 20%	Discount 15%	Discount 10%	Discount 0%
1	\$15,060	\$16,566	\$18,072	\$19,578	\$21,084	\$22,590	\$24,096	\$25,602	\$27,108	\$27,861	\$28,614	\$30,120+
2	\$20,440	\$22,484	\$24,528	\$26,572	\$28,616	\$30,660	\$32,704	\$34,748	\$36,792	\$37,814	\$38,836	\$40,880+
3	\$25,820	\$28,402	\$30,984	\$33,566	\$36,148	\$38,730	\$41,312	\$43,894	\$46,476	\$47,767	\$49,058	\$51,640+
4	\$31,200	\$34,320	\$37,440	\$40,560	\$43,680	\$46,800	\$49,920	\$53,040	\$56,160	\$57,720	\$59,280	\$62,400+
5	\$36,580	\$40,238	\$43,896	\$47,554	\$51,212	\$54,870	\$58,528	\$62,186	\$65,844	\$67,673	\$69,502	\$73,160+
6	\$41,960	\$46,156	\$50,352	\$54,548	\$58,744	\$62,940	\$67,136	\$71,332	\$75,528	\$77,626	\$79,724	\$83,920+
7	\$47,340	\$52,074	\$56,808	\$61,542	\$66,276	\$71,010	\$75,744	\$80,478	\$85,212	\$87,579	\$89,946	\$94,680+
8	\$52,720	\$57,992	\$63,264	\$68,536	\$73,808	\$79,080	\$84,352	\$89,624	\$94,896	\$97,532	\$100,168	\$105,440+
Por cada persona adicional agregue:												
9+	\$5,380	\$5,918	\$6,456	\$6,994	\$7,532	\$8,070	\$8,608	\$9,146	\$9,684	\$9,953	\$10,222	\$10,760+

¹ *Basado en las pautas Federales de Pobreza de 2024 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. Tenga en cuenta que existen pautas separadas para Alaska y Hawaii, y que los umbrales serán diferentes para los sitios en esos dos estados. Los sitios en Puerto Rico y otras jurisdicciones periféricas utilizarán las pautas anteriores.

Comportamiento de Salud del Condado de Polk Solicitud para Descuento Basado en Ingresos

INFORMACIÓN DEL APLICANTE	
NOMBRE:	
DIRECCIÓN FÍSICA:	
DIRECCIÓN DE ENVÍO:	
TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

Enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años:

MIEMBROS/RELACION (Pareja, Hijo, Padre, etc.)	NOMBRE (Primero, Segundo, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	INGRESO (Si/No)
UNO MISMO			
OTRO:			
OTRO:			
OTRO:			
OTRO:			
OTRO:			
OTRO:			
OTRO:			
OTRO:			

*Si necesita agregar miembros adicionales de la familia, adjunte una página separada.

TIPO DE INGRESO	UNO MISMO	OTRO	TOTAL
Sueldo brutos, salarios, propinas, etc.	\$	\$	\$
Ingresos de negocios y cuenta propia	\$	\$	\$
Desempleo y compensación de Workers	\$	\$	\$

Comportamiento de Salud del Condado de Polk Solicitud para Descuento Basado en Ingresos

Beneficios del Seguro, pagos de Veteranos o Beneficios de Sobreviviente	\$	\$	\$
Asistencia pública i.e ... SNAP, TANF	\$	\$	\$
Pensión o ingresos de jubilación	\$	\$	\$
Interés; dividendos; regalías; ingresos de propiedades de alquiler, sucesiones y fideicomisos	\$	\$	\$
Pension alimenticia o manutencion de los hijos	\$	\$	\$
Asistencia de fuera del hogar; y otras fuentes misceláneas	\$	\$	\$
Ingresos Total	\$	\$	\$

*Si necesita agregar fuentes de ingresos adicionales, adjunte una página separada.

Al firmar su nombre a continuación, certifica que la información provista en este formulario es correcta y que la falta de información veraz y precisa puede ocasionar que no sea elegible para recibir un descuento. Además, si no proporciona información actualizada una vez que se haya determinado la elegibilidad, es posible que deba pagar los servicios anteriores a la tarifa completa.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

FECHA: _____

OFFICE USE ONLY					
VERIFICATION CHECKLIST	YES	NO	-----	YES	NO
Proof of Income			Proof of Residency		
RECEIVED BY:				RECEIVED DATE:	
BILLING USE ONLY					
TOTAL INCOME:		DISCOUNT:		EFFECTIVE DATE:	
REVIEWED BY:				REVIEWED DATE:	
COMMENTS:					