

## ***Instrucciones del Programa de Tarifas Variables***

Como clínica de atención médica calificada federalmente, North Olympic Healthcare Network puede ofrecer la mayoría de nuestros servicios con el Programa de Tarifas Variables. Esto significa que, según los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia, puede ser elegible para descuentos en las tarifas.

### **Elegibilidad del Programa de Tarifas Variable:**

El personal de North Olympic Healthcare Network está disponible para ayudar a los pacientes a determinar su elegibilidad para los descuentos a través del Programa de tarifas Variables. North Olympic Healthcare Network utiliza las Directrices Federales de Pobreza actuales para determinar el descuento disponible. Encontrará una escala y una aplicación adjuntas.

### **Cómo solicitar el Programa de Tarifas Variables:**

Por favor complete la solicitud adjunta y devuélvala al representante de cuentas de North Olympic Healthcare Network. La elegibilidad se basará en la revisión posterior de la solicitud y materiales adicionales relevantes. Será contactado con nuestra determinación.

**Tamaño del hogar:** todas las personas relacionadas por sangre, matrimonio y/o adopción deben incluirse en la solicitud

**Dependientes:** Los niños menores de 19 años o (24 si es estudiante de tiempo completo), que son relacionados por sangre, adopción legal y/o adultos legalmente discapacitados pueden ser considerados dependientes.

**Ingresos:** TODOS los ingresos deben ser revelados. No todos los ingresos se consideran para determinar el estado federal de pobreza, pero todos deben declararse y probarse con documentación.

Ejemplos Incluyen:

- Declaración anual de la Seguridad Social
- Talones de pago de 3 meses de ingresos, O talón de pago más reciente Y fecha de contratación de empleo

- Carta de concesión de desempleo
- Atestación de cómo se están cubriendo los gastos si no se puede proporcionar documentación
- Trabajo por cuenta propia: declaración de impuestos más reciente y/o informes de ingresos y gastos de 3 meses

**Estados de cuenta bancarios:** Los 3 meses más recientes de todas las cuentas corrientes y de ahorro. Por favor proporcione explicaciones para TODOS los depósitos que no se cuentan como ingresos.

Ejemplos incluyen:

- Reembolso de un préstamo a un amigo(a)
- El miembro de la familia también usa la cuenta bancaria
- Familia que brinda asistencia al solicitante
- Reembolso de una compra anterior

**Envío:**

- Entregue nuestra solicitud completa y firmada con TODOS los documentos requeridos a cualquier representante de NOHN.
- Enviar a:

NOHN PATIENT ACCOUNTS

240 W FRONT ST, STE A

PORT ANGELES, WA 98362

Fax: (360) 452-8087

Correo electrónico: [patientaccounts@nohn-pa.org](mailto:patientaccounts@nohn-pa.org)

Si tiene alguna pregunta con respecto a la documentación requerida, comuníquese con nuestro Coordinador Financiero al 360-452-8086.

**\*\*No podemos garantizar la seguridad de la información personal enviada por correo electrónico**

**Nota:**

**USTED PUEDE SOLICITAR BENEFICIOS MÉDICOS A TRAVÉS DEL WASHINGTON INTERCAMBIO DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DEL INTERNET EN <http://www.wahbexchange.org/> O CONTACTANDO A NUESTRO NAVEGADOR DE PACIENTE AL 360-452-7891**

## Aplicación para Programa de Tarifas Variables

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD, DIRIJA SUS PREGUNTAS A NUESTRO REPRESENTANTE DE CUENTAS DE PACIENTES EN **360-452-8086**.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de Contacto Preferido: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN DE EMPLEO DEL RESPONSABLE POR PAGO DE LA FACTURA

- Empleado (date of hire: \_\_\_\_\_)  
  Desempleado (a) (cuanto tiempo: \_\_\_\_\_)  
 Auto-Empleo  
  Estudiante  
  Deshabilitado  
  Retirado  
  Otro ( \_\_\_\_\_ )

### INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere los miembros de la familia en su hogar, incluyéndolo a ud. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Adjunte una página adicional si es necesario.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion al Paciente	Recibe Ingresos?	Fuente de Ingreso
		<b>Yo Mismo</b>	Y / N	
			Y / N	
			Y / N	
			Y / N	
			Y / N	
			Y / N	
			Y / N	
			Y / N	

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

Debe proporcionar comprobante de ingresos con su solicitud. Se requiere verificación de ingresos para determinar la elegibilidad. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Por favor, proporcione prueba de TODAS las fuentes de ingresos.

Por favor, proporcione todo lo que sea aplicable:

- Recibos de pago vigentes (3 meses)
- Declaración de impuestos más reciente
- Aprobación/denegación de compensación por desempleo
- Seguridad Social / Pensión / Jubilación
- Cuentas de cheques y ahorros de los últimos 3 meses
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid
- Otro: \_\_\_\_\_

\*Si no tiene prueba de ingresos o ningún ingreso, adjunte una página adicional con una explicación\*

## ACUERDO CON EL PACIENTE

YO, EL SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES AFIRMO, LO ANTERIOR ES VERDADERO Y PRECISO A MI LEAL SABER Y ENTENDER. ACEPTO PROPORCIONAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL SEGÚN LO SOLICITADO PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- **No proporcionar intencionalmente la documentación completa se considerará lo mismo que certificar de manera fraudulenta sus ingresos.**
- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, verificaremos toda la información y es posible que le pidamos información adicional o comprobante de ingresos.
- El paciente es responsable de notificar a NOHN de cualquier cambio en los ingresos.

## SERVICIOS DEL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES

Como una clínica de atención médica calificada federalmente, North Olympic Healthcare Network puede descontar servicios en un programa de tarifas variables. Esto significa que dependiendo de los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia, puede ser elegible para descuentos en los servicios.

### Solicitud/Elegibilidad para el Programa de Tarifa Variable (SFP):

Pacientes deben solicitar para calificar para recibir descuentos en los servicios, los horarios están disponibles con la solicitud. El personal está disponible para ayudar a los pacientes a determinar su elegibilidad. La elegibilidad se basará en la revisión de la solicitud y materiales adicionales relevantes. Complete la solicitud en su totalidad y devuélvala al Departamento de Cuentas de Pacientes de NOHN. Usted será contactado con determinación. Además de nuestro programa de tarifas móviles, también ofrecemos planes de pago, con o sin el descuento de nuestro programa de tarifas móviles. Comuníquese con nuestro departamento de Cuentas de Pacientes al (360) 452-7891, opción 7 para obtener ayuda con su solicitud o plan de pago.

**Costos de laboratorio:** Algunos servicios pueden incurrir costos de laboratorio para la producción de materiales. Los costos de laboratorio se deben pagar antes de realizar los servicios. *Los descuentos en tarifas móviles no se aplican a los costos de laboratorio.*

### Servicios de Nivel Superior

Además de la odontología preventiva y restaurativa, ofrecemos servicios como endodoncias, coronas y puentes. Hay tarifas asociadas con estos servicios de nivel superior:

**Costos de laboratorio:** Algunos servicios de nivel superior pueden incurrir costos de laboratorio para la producción de materiales. Los costos de laboratorio se deben pagar antes de realizar los servicios. *Los descuentos en tarifas móviles no se aplican a los costos de laboratorio.*

**Tarifa de servicio:** Se aplicará una tarifa nominal para todos los servicios de nivel superior y se pagará en el momento de la programación.

### Farmacia Walgreens

Si los pacientes califican para el programa de descuento de tarifa móvil y eligen utilizar los Servicios de Recetas de Walgreens Pharmacy, se incluirá una tarjeta con su carta de aprobación. Los pacientes deben informar a su proveedor de atención médica que les gustaría utilizar este servicio, para que todas las recetas se cambien a la farmacia Walgreens que califique.

### Centro Médico Olímpico

Si el paciente elige ir al Centro Médico Olympic o a una de sus clínicas especializadas, el proveedor generará una referencia apropiada en una cita. El nivel SFP del paciente se anotará en la tabla. Olympic Medical Center tiene un programa de asistencia financiera y un proceso de solicitud separados. \*

Para obtener más información, visite [nohn-pa.org/sliding\\_fee\\_program.php](http://nohn-pa.org/sliding_fee_program.php) o escanee el código QR a continuación con su teléfono inteligente. \*Nota: Estos recursos pueden tener diferentes reglas para la escala móvil y los pacientes pueden ser referidos a su departamento financiero para recibir más instrucciones.



## 2025 Escala Variable de North Olympic Healthcare Network

Tamaño de la Familia	Categoría >>	A	B	C	D	E	N/A
	<b>NIVEL DE POBREZA</b>	<b>0-100%</b>	<b>101-125%</b>	<b>126-150%</b>	<b>151-175%</b>	<b>176-200%</b>	<b>&gt;200%</b>
	Nivel de Descuento =	100% Descuento	90% Descuento	80% Descuento	70% Descuento	60% Descuento	Sin Descuento
1	Anual (hasta)	\$15,650.00	\$19,562.50	\$23,475.00	\$27,387.50	\$31,300.00	\$31,301.00
	Mensual	\$1,304.17	\$1,630.21	\$1,956.25	\$2,282.29	\$2,608.33	\$2,608.42
	Semanal	\$300.96	\$376.20	\$451.44	\$526.68	\$601.92	\$601.94
2	Anual (hasta)	\$21,150.00	\$26,437.50	\$31,725.00	\$37,012.50	\$42,300.00	\$42,301.00
	Mensual	\$1,762.50	\$2,203.13	\$2,643.75	\$3,084.38	\$3,525.00	\$3,525.08
	Semanal	\$406.73	\$508.41	\$610.10	\$711.78	\$813.46	\$813.48
3	Anual (hasta)	\$26,650.00	\$33,312.50	\$39,975.00	\$46,637.50	\$53,300.00	\$53,301.00
	Mensual	\$2,220.83	\$2,776.04	\$3,331.25	\$3,886.46	\$4,441.67	\$4,441.75
	Semanal	\$512.50	\$640.63	\$768.75	\$896.88	\$1,025.00	\$1,025.02
4	Anual (hasta)	\$32,150.00	\$40,187.50	\$48,225.00	\$56,262.50	\$64,300.00	\$64,301.00
	Mensual	\$2,679.17	\$3,348.96	\$4,018.75	\$4,688.54	\$5,358.33	\$5,358.42
	Semanal	\$618.27	\$772.84	\$927.40	\$1,081.97	\$1,236.54	\$1,236.56
5	Anual (hasta)	\$37,650.00	\$47,062.50	\$56,475.00	\$65,887.50	\$75,300.00	\$75,301.00
	Mensual	\$3,137.50	\$3,921.88	\$4,706.25	\$5,490.63	\$6,275.00	\$6,275.08
	Semanal	\$724.04	\$905.05	\$1,086.06	\$1,267.07	\$1,448.08	\$1,448.10
6	Anual (hasta)	\$43,150.00	\$53,937.50	\$64,725.00	\$75,512.50	\$86,300.00	\$86,301.00
	Mensual	\$3,595.83	\$4,494.79	\$5,393.75	\$6,292.71	\$7,191.67	\$7,191.75
	Semanal	\$829.81	\$1,037.26	\$1,244.71	\$1,452.16	\$1,659.62	\$1,659.63
7	Anual (hasta)	\$48,650.00	\$60,812.50	\$72,975.00	\$85,137.50	\$97,300.00	\$97,301.00
	Mensual	\$4,054.17	\$5,067.71	\$6,081.25	\$7,094.79	\$8,108.33	\$8,108.42
	Semanal	\$935.58	\$1,169.47	\$1,403.37	\$1,637.26	\$1,871.15	\$1,871.17
8	Anual (hasta)	\$54,150.00	\$67,687.50	\$81,225.00	\$94,762.50	\$108,300.00	\$108,301.00
	Mensual	\$4,512.50	\$5,640.63	\$6,768.75	\$7,896.88	\$9,025.00	\$9,025.08
	Semanal	\$1,041.35	\$1,301.68	\$1,562.02	\$1,822.36	\$2,082.69	\$2,082.71
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	\$5,500.00	\$6,875.00	\$8,250.00	\$9,625.00	\$11,000.00	\$11,001.00
	Mensual	\$458.33	\$572.92	\$687.50	\$802.08	\$916.67	\$916.75
	Semanal	\$105.77	\$132.21	\$158.65	\$185.10	\$211.54	\$211.56

# 2025 NOHN Escala Variable de servicios dentales de nivel superior

Las tarifas de laboratorio se cobran antes de la fecha de servicio y no se incluyen con los cálculos de escala a continuación.

Las tarifas nominales vencen en la fecha del servicio y los saldos restantes se facturan después de la fecha de servicio.

Tamaño de la Familia	Categoría >>	A	B	C	D	E	N/A
	<b>NIVEL DE POBREZA</b>	<b>0-100%</b>	<b>101-125%</b>	<b>126-150%</b>	<b>151-175%</b>	<b>176-200%</b>	<b>&gt;200%</b>
	Responsabilidad del Paciente =	Cuota nominal \$150.00	Cuota nominal \$150.00 + 10%	Cuota nominal \$150.00 + 20%	Cuota nominal \$150.00 + 30%	Cuota nominal \$150.00 + 40%	Sin Descuento
1	Anual (hasta)	\$15,650.00	\$19,562.50	\$23,475.00	\$27,387.50	\$31,300.00	\$31,301.00
	Mensual	\$1,304.17	\$1,630.21	\$1,956.25	\$2,282.29	\$2,608.33	\$2,608.42
	Semanal	\$300.96	\$376.20	\$451.44	\$526.68	\$601.92	\$601.94
2	Anual (hasta)	\$21,150.00	\$26,437.50	\$31,725.00	\$37,012.50	\$42,300.00	\$42,301.00
	Mensual	\$1,762.50	\$2,203.13	\$2,643.75	\$3,084.38	\$3,525.00	\$3,525.08
	Semanal	\$406.73	\$508.41	\$610.10	\$711.78	\$813.46	\$813.48
3	Anual (hasta)	\$26,650.00	\$33,312.50	\$39,975.00	\$46,637.50	\$53,300.00	\$53,301.00
	Mensual	\$2,220.83	\$2,776.04	\$3,331.25	\$3,886.46	\$4,441.67	\$4,441.75
	Semanal	\$512.50	\$640.63	\$768.75	\$896.88	\$1,025.00	\$1,025.02
4	Anual (hasta)	\$32,150.00	\$40,187.50	\$48,225.00	\$56,262.50	\$64,300.00	\$64,301.00
	Mensual	\$2,679.17	\$3,348.96	\$4,018.75	\$4,688.54	\$5,358.33	\$5,358.42
	Semanal	\$618.27	\$772.84	\$927.40	\$1,081.97	\$1,236.54	\$1,236.56
5	Anual (hasta)	\$37,650.00	\$47,062.50	\$56,475.00	\$65,887.50	\$75,300.00	\$75,301.00
	Mensual	\$3,137.50	\$3,921.88	\$4,706.25	\$5,490.63	\$6,275.00	\$6,275.08
	Semanal	\$724.04	\$905.05	\$1,086.06	\$1,267.07	\$1,448.08	\$1,448.10
6	Anual (hasta)	\$43,150.00	\$53,937.50	\$64,725.00	\$75,512.50	\$86,300.00	\$86,301.00
	Mensual	\$3,595.83	\$4,494.79	\$5,393.75	\$6,292.71	\$7,191.67	\$7,191.75
	Semanal	\$829.81	\$1,037.26	\$1,244.71	\$1,452.16	\$1,659.62	\$1,659.63
7	Anual (hasta)	\$48,650.00	\$60,812.50	\$72,975.00	\$85,137.50	\$97,300.00	\$97,301.00
	Mensual	\$4,054.17	\$5,067.71	\$6,081.25	\$7,094.79	\$8,108.33	\$8,108.42
	Semanal	\$935.58	\$1,169.47	\$1,403.37	\$1,637.26	\$1,871.15	\$1,871.17
8	Anual (hasta)	\$54,150.00	\$67,687.50	\$81,225.00	\$94,762.50	\$108,300.00	\$108,301.00
	Mensual	\$4,512.50	\$5,640.63	\$6,768.75	\$7,896.88	\$9,025.00	\$9,025.08
	Semanal	\$1,041.35	\$1,301.68	\$1,562.02	\$1,822.36	\$2,082.69	\$2,082.71
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	\$5,500.00	\$6,875.00	\$8,250.00	\$9,625.00	\$11,000.00	\$11,001.00
	Mensual	\$458.33	\$572.92	\$687.50	\$802.08	\$916.67	\$916.75
	Semanal	\$105.77	\$132.21	\$158.65	\$185.10	\$211.54	\$211.56

## 2025 NOHN Farmacia Escala móvil de tarifas variablas

Precio de Adquisición Real del medicamento + Descuento en la Escala a la Tarifa de Dispensación de NOHN de \$21.00.

Tamaño de la Familia	Categoría >>	A	B	C	D	E	N/A
	<b>NIVEL DE POBREZA</b>	<b>0-100%</b>	<b>101-125%</b>	<b>126-150%</b>	<b>151-175%</b>	<b>176-200%</b>	<b>&gt;200%</b>
	Responsabilidad del Paciente =	100%	90%	80%	70%	60%	No
	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento
1	A anual (hasta)	\$15,650.00	\$19,562.50	\$23,475.00	\$27,387.50	\$31,300.00	\$31,301.00
	Mensual	\$1,304.17	\$1,630.21	\$1,956.25	\$2,282.29	\$2,608.33	\$2,608.42
	Semanal	\$300.96	\$376.20	\$451.44	\$526.68	\$601.92	\$601.94
2	A anual (hasta)	\$21,150.00	\$26,437.50	\$31,725.00	\$37,012.50	\$42,300.00	\$42,301.00
	Mensual	\$1,762.50	\$2,203.13	\$2,643.75	\$3,084.38	\$3,525.00	\$3,525.08
	Semanal	\$406.73	\$508.41	\$610.10	\$711.78	\$813.46	\$813.48
3	A anual (hasta)	\$26,650.00	\$33,312.50	\$39,975.00	\$46,637.50	\$53,300.00	\$53,301.00
	Mensual	\$2,220.83	\$2,776.04	\$3,331.25	\$3,886.46	\$4,441.67	\$4,441.75
	Semanal	\$512.50	\$640.63	\$768.75	\$896.88	\$1,025.00	\$1,025.02
4	A anual (hasta)	\$32,150.00	\$40,187.50	\$48,225.00	\$56,262.50	\$64,300.00	\$64,301.00
	Mensual	\$2,679.17	\$3,348.96	\$4,018.75	\$4,688.54	\$5,358.33	\$5,358.42
	Semanal	\$618.27	\$772.84	\$927.40	\$1,081.97	\$1,236.54	\$1,236.56
5	A anual (hasta)	\$37,650.00	\$47,062.50	\$56,475.00	\$65,887.50	\$75,300.00	\$75,301.00
	Mensual	\$3,137.50	\$3,921.88	\$4,706.25	\$5,490.63	\$6,275.00	\$6,275.08
	Semanal	\$724.04	\$905.05	\$1,086.06	\$1,267.07	\$1,448.08	\$1,448.10
6	A anual (hasta)	\$43,150.00	\$53,937.50	\$64,725.00	\$75,512.50	\$86,300.00	\$86,301.00
	Mensual	\$3,595.83	\$4,494.79	\$5,393.75	\$6,292.71	\$7,191.67	\$7,191.75
	Semanal	\$829.81	\$1,037.26	\$1,244.71	\$1,452.16	\$1,659.62	\$1,659.63
7	A anual (hasta)	\$48,650.00	\$60,812.50	\$72,975.00	\$85,137.50	\$97,300.00	\$97,301.00
	Mensual	\$4,054.17	\$5,067.71	\$6,081.25	\$7,094.79	\$8,108.33	\$8,108.42
	Semanal	\$935.58	\$1,169.47	\$1,403.37	\$1,637.26	\$1,871.15	\$1,871.17
8	A anual (hasta)	\$54,150.00	\$67,687.50	\$81,225.00	\$94,762.50	\$108,300.00	\$108,301.00
	Mensual	\$4,512.50	\$5,640.63	\$6,768.75	\$7,896.88	\$9,025.00	\$9,025.08
	Semanal	\$1,041.35	\$1,301.68	\$1,562.02	\$1,822.36	\$2,082.69	\$2,082.71
Cada Persona Adicional	A anual (hasta)	\$5,500.00	\$6,875.00	\$8,250.00	\$9,625.00	\$11,000.00	\$11,001.00
	Mensual	\$458.33	\$572.92	\$687.50	\$802.08	\$916.67	\$916.75
	Semanal	\$105.77	\$132.21	\$158.65	\$185.10	\$211.54	\$211.56

## Carta de Atestación del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Explique por qué no puede proporcionar comprobante de ingresos para la solicitud del programa de Tarifa Variable. Si no tiene ingresos, explique cómo está satisfaciendo sus necesidades sin ingresos. Vivienda/comida/ropa, etc.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Proporcione la información de contacto de una persona que no esté solicitando información con la que podamos verificar la declaración anterior:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

Ciudad | Calle | Código Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

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