



Promise Healthcare Application for Sliding Fee Scale Discount

*If you need assistance completing any part of this application, please talk with a Promise Healthcare staff member.
Only one form is necessary per household*

Is your medical coverage through Medicaid or a Medicaid managed care plan? Yes No

If YES, skip this form and verify income on our Medicaid form.

Applicant Name: _____ Birthdate: _____ Social Security Number: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____ Alternate Phone Number: _____

Email Address: _____

Do you or does someone in your family have medical insurance? Yes No

Do you or does someone in your family have dental insurance? Yes No

If yes, please complete below. Add additional sheets as necessary.

Medical Insurance Company Name: _____

Policy #: _____ Group #: _____ Subscriber #: _____

Company Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Dental Insurance Company Name: _____

Policy #: _____ Group #: _____ Subscriber #: _____

Company Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Are you a U.S. veteran? Yes No

Within the last 24 months, have you worked or are you the dependent of someone who has worked in agriculture, either on a farm or in an agricultural-based industry? Yes No

If yes, which applies?

Migrant (establishes temporary residence in area) Year-Round Employment (permanent residence in area) Seasonal Permanent Resident (permanent resident in area)

Type of Housing (check one)

Rent or own home Homeless Shelter Doubled Up (live with another person or family unit)
 Transitional (live place to place) Street Other

List all dependents (if more than 6 dependents, please list on separate page)

Name and Social Security Number	Date of Birth	Relationship to Applicant	Do They Have:	
			Medicaid	Other Insurance

Income Summary Table

Sources	Total Household Income	Accepted Documentation
Wages		Last federal income tax return or last two paycheck stubs prior to the signature date on this application.
Interest/Dividend Income		Bank, credit union, savings statement or 1099.
Self-Employment, Rental Income		Ledger of income and expenses for the current year.
Public Assistance, Social Security/Disability		Award letter(s) listing amount received in the current year. If you receive more than one, please add them together.
Unemployment Compensation		Unemployment compensation benefit award letter for the current year.
Workers Compensation		Worker's compensation benefit award letter for the current year.
Child Support, Alimony		Divorce decree stating child support or alimony received.
Retirement Pension		Letter supplied by system administrator with monthly benefit amount for the current year.
Assistance from Family/Friends		A notarized statement from family or friends explaining any financial help that they give you.
Other (Specify)		
Total		

Number of people supported by household income: _____

If you have any additional documents that may help Promise Healthcare make a determination regarding your application, please include them with this application.

Patients who qualify for certain levels of sliding fee discounts are expected to also apply for other programs if requested to do so including Medicaid, other public and/or private health insurance and/or discount programs available for which you may qualify, including prescription drug assistance from pharmaceutical companies.

Although a patient's inability to pay for services will not prohibit services being provided, a patient who refuses to pay even though able to pay will be subject to collection activities. Patients are expected to be in compliance with Health Resources and Services Administration/Bureaus of Primary Health Care policies and regulations in order to receive medical services.

I understand that all of the information given may be confirmed by Promise Healthcare. I also understand that providing false information is considered fraud and will result in a denial of the Sliding Fee Scale Program application and that I will owe the charges for the services provided. I understand that if I am approved, the discount is good for one year from the date of the application and that I will need to complete another application at that point in order for the discount to continue. I also understand that if I am approved for the discount, I am obligated to inform Promise Healthcare if my financial situations improve, so that Promise Healthcare can re-evaluate my eligibility for the discount.

Applicant Signature (required): _____ Date: _____

Promise Healthcare Internal Use Only:

Total Income: _____ Number in Household: _____
 Staff Signature: _____ Date: _____



Solicitud de Descuento a Base de Ingresos de Promise Healthcare

*Si necesita asistencia para completar esta solicitud, por favor hable con un miembro de Promise Healthcare.
Sólo una solicitud es necesaria por casa.*

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alterno: _____

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro médico? Sí No

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro dental? Sí No

Si contesta "Sí", complete lo siguiente. Si es necesario, utilice formas adicionales.

Nombre de su compañía de seguro médico: _____

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ # de Suscripción: _____

Dirección de la compañía: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de su compañía de seguro dental: _____

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ # de Suscripción: _____

Dirección de la compañía: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tiene seguro medico de Medicaid o tiene plan médico Sí No

Si sí pase a la siguiente forma y verifique su ingreso en el formulario de Medicaid.

¿Es usted veterano de los Estados Unidos? Sí No

En los pasados 24 meses, ¿usted trabajó o ha sido dependiente de alguien que trabajó en la agricultura tanto en el campo como en otra industria basada en la agricultura? Sí No

Si ha marcado Sí, ¿cuál le aplica?

Migrante
(Establece residencia temporera en el área)

Trabajo todo el año (residencia permanente en el área)

Residencia permanente por Temporadas
(residencia permanente en el área)

Tipo de residencia (marque una)

Renta o dueño de su casa

Refugio para personas sin hogar

Vives con otra persona (desconocido o familiar)

Transitorio (vives de lugar en lugar)

En la calle

Otro

Enumere cada dependiente (si hay más de 6, por favor enumérelos en una página por separado)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante	¿Tiene...?	
			Medicaid	Otro Seguro Médico

Tabla con el Resumen de Ingresos

Fuentes	Ingresos Totales en la Casa	Documentación Aceptada
Sueldos		Último reporte de impuestos federales o los últimos 2 talonarios de pago antes de la fecha y firma de esta solicitud.
Sueldo a base de intereses ganados por inversiones		Estado de cuenta del banco de cheques y/o ahorros, cooperativa de crédito, forma bancaria 1099.
Ingresos de empleo independiente, Propiedades rentadas		Presentar el libro de contabilidad de ingresos y de gastos para el año en curso.
Ayuda económica de algún programa público de asistencia social, Seguro Social/ Discapacidad		Carta del programa que enumere la cantidad recibida en el año en curso. Si recibes más de una ayuda, traiga todas las cartas.
Desempleo		Carta de beneficios por desempleo que enumere la cantidad recibida en el año en curso.
Indemnización del trabajo		Carta de indemnización que enumere la cantidad recibida en el año en curso.
Pensión alimenticia de niños o suya		Decreto de divorcio que indique la pensión alimenticia recibida.
Pensión por Retiro		Carta provista por el administrador del sistema de retiro de su trabajo en el que indique la cantidad mensual recibida en el año en curso.
Ayuda Familiar o de amistades		Declaración certificada por un abogado notario que indique la ayuda económica que recibes de ellos.
Otro (especifique)		
Total		

Número de personas que viven de los ingresos del hogar: _____

Si tiene otros documentos que puedan ayudar a Promise Healthcare a tomar una decisión con respeto a su solicitud, por favor inclúyalos.

Se espera que los pacientes, al obtener descuentos en ciertos niveles en la escala a base de ingresos, también apliquen a otros programas sociales como Medicaid, seguros médicos públicos y/o privados y otros programas de descuentos disponibles incluyendo asistencia para obtener medicamentos recetados a través de las compañías farmacéuticas.

*Si el paciente no puede pagar por los servicios recibidos, esto no resultará en una negación para recibirlos. Sin embargo, todo paciente que se niegue a pagar, aún cuando puede pagarlos, será referido a una agencia de cobros. Se espera que los pacientes cumplan con las políticas y regulaciones de **"Health Resources and Services Administration/ Bureaus of Primary Health Care Policies"** para poder recibir servicios médicos.*

Entiendo que Promise Healthcare puede corroborar toda la información proporcionada. También, entiendo que proveer información falsa es fraude y resultará en que mi participación en este programa sea rechazada. De esta solicitud ser rechazada, entiendo que deberé pagar el balance total de los servicios recibidos. Entiendo que si soy aceptado para participar, es solo por **1** año a partir de la fecha de la solicitud. Si deseo continuar en el programa, tendré que renovar la solicitud cuando se cumpla el año. Reconozco que si me aprueban el descuento, estoy obligado a notificar a Promise Healthcare si mi situación económica mejora. De esta forma, Promise Healthcare puede re-evaluar mi elegibilidad para este descuento.

Firma del solicitante (requerida): _____ Fecha: _____

Promise Healthcare Internal Use Only:

Total Income: _____ Number in Household: _____

Staff Signature: _____ Date: _____



Sliding Fee Scale Discount Program Financial Classification Table 2024

Based on US Federal Poverty Guidelines (FPG) published in the Federal Register
Effective 2/01/2024 through 1/31/2025

Sliding Fee Class		A*	B	C	D	E
Medical flat fee per visit		\$10	\$25	\$35	\$45	100% pay
Dental Regular flat fee per visit		\$40	\$50	\$60	\$70	100% pay
Mental health flat fee per visit		\$5	\$7	\$10	\$15	100% pay
Sliding fee scale be low based upon total gross household income and the number of persons residing in the household						
Household Size	Household Income	100% FPG and below	101% to 133% FPG	134% to 166% FPG	167% to 200% FPG	201% FPG and above
1	\$ per year	0 to 15,060	15,061 to 20,030	20,031 to 25,000	25,001 to 30,120	30,121 and above
	\$ per month	0 to 1,255	1,256 to 1,669	1,670 to 2,083	2,084 to 2,510	2,511 and above
	\$ per week	0 to 290	291 to 385	386 to 481	482 to 579	580 and above
2	\$ per year	0 to 20,440	20,441 to 27,185	27,186 to 33,930	33,931 to 40,880	40,881 and above
	\$ per month	0 to 1,703	1,704 to 2,265	2,266 to 2,828	2,829 to 3,407	3,408 and above
	\$ per week	0 to 393	394 to 523	524 to 653	654 to 786	787 and above
3	\$ per year	0 to 25,820	25,821 to 34,341	34,342 to 42,861	42,862 to 51,640	51,641 and above
	\$ per month	0 to 2,152	2,153 to 2,862	2,863 to 3,572	3,573 to 4,303	4,304 and above
	\$ per week	0 to 497	498 to 660	661 to 824	825 to 993	994 and above
4	\$ per year	0 to 31,200	31,201 to 41,496	41,497 to 51,792	51,793 to 62,400	62,401 and above
	\$ per month	0 to 2,600	2,601 to 3,458	3,459 to 4,316	4,317 to 5,200	5,201 and above
	\$ per week	0 to 600	601 to 798	799 to 996	997 to 1,200	1,201 and above
5	\$ per year	0 to 36,580	36,581 to 48,651	48,652 to 60,723	60,724 to 73,160	73,161 and above
	\$ per month	0 to 3,048	3,049 to 4,054	4,055 to 5,060	5,061 to 6,097	6,098 and above
	\$ per week	0 to 703	704 to 936	937 to 1,168	1,169 to 1,407	1,408 and above
6	\$ per year	0 to 41,960	41,961 to 55,807	55,808 to 69,654	69,655 to 83,920	83,921 and above
	\$ per month	0 to 3,497	3,498 to 4,651	4,652 to 5,805	5,806 to 6,993	6,994 and above
	\$ per week	0 to 807	808 to 1,073	1,074 to 1,340	1,341 to 1,614	1,615 and above
7	\$ per year	0 to 47,340	47,341 to 62,962	62,963 to 78,584	78,585 to 94,680	94,681 and above
	\$ per month	0 to 3,945	3,946 to 5,247	5,248 to 6,549	6,550 to 7,890	7,891 and above
	\$ per week	0 to 910	911 to 1,211	1,212 to 1,511	1,512 to 1,821	1,822 and above
8	\$ per year	0 to 52,720	52,721 to 70,118	70,119 to 87,515	87,516 to 105,440	105,441 and above
	\$ per month	0 to 4,393	4,394 to 5,843	5,844 to 7,293	7,294 to 8,787	8,788 and above
	\$ per week	0 to 1,014	1,015 to 1,348	1,349 to 1,683	1,684 to 2,028	2,029 and above
9+	\$ per year	add 5,380 per person	5,381 to 7,155	7,156 to 8,931	8,932 to 10,760	10,761 and above
	\$ per month	add 448 per person	449 to 596	597 to 744	745 to 897	898 and above
	\$ per week	add 103 per person	104 to 138	139 to 172	173 to 207	208 and above

*Sliding fee class A patients receive a 100% discount on total charges and are asked to pay a nominal fee as outlined in the table above.



Tabla de clasificación financiera del programa de descuento de escala móvil de tarifas 2024

Basado en las Pautas Federales de Pobreza (FPF) de EE. UU. publicadas en el Registro Federal
Válida del 01/02/2024 al 31/01/2025

Clase de tarifa móvil		A*	B	C	D	E
Tarifa plana médica por visita		\$ 10	\$ 25	\$ 35	\$ 45	100% pago
Tarifa plana dental por visita		\$ 40	\$ 50	\$ 60	\$ 70	100% pago
Tarifa plana salud mental por visita		\$ 5	\$ 7	\$ 10	\$ 15	100% pago
Escala móvil de tarifas a continuación basada en el ingreso bruto del hogar y el número de personas que residen en el hogar						
Tamaño del hogar	Ingresos del hogar	100% FPF y menos	101% a 133% FPF	134% a 166% FPF	167% a 200% FPF	201% FPF y más
1	\$ por año	0 a 15,060	15,061 a 20,030	20,031 a 25,000	25,001 a 30,120	30,121 y más
	\$ por mes	0 a 1,255	1,256 a 1,669	1,670 a 2,083	2,084 a 2,510	2,511 y más
	\$ por semana	0 a 290	291 a 385	386 a 481	482 a 579	580 y más
2	\$ por año	0 a 20,440	20,441 a 27,185	27,186 a 33,930	33,931 a 40,880	40,881 y más
	\$ por mes	0 a 1,703	1,704 a 2,265	2,266 a 2,828	2,829 a 3,407	3,408 y más
	\$ por semana	0 a 393	394 a 523	524 a 653	654 a 786	787 y más
3	\$ por año	0 a 25,820	25,821 a 34,341	34,342 a 42,861	42,862 a 51,640	51,641 y más
	\$ por mes	0 a 2,152	2,153 a 2,862	2,863 a 3,572	3,573 a 4,303	4,304 y más
	\$ por semana	0 a 497	498 a 660	661 a 824	825 a 993	994 y más
4	\$ por año	0 a 31,200	31,201 a 41,496	41,497 a 51,792	51,793 a 62,400	62,401 y más
	\$ por mes	0 a 2,600	2,601 a 3,458	3,459 a 4,316	4,317 a 5,200	5,201 y más
	\$ por semana	0 a 600	601 a 798	799 a 996	997 a 1,200	1,201 y más
5	\$ por año	0 a 36,580	36,581 a 48,651	48,652 a 60,723	60,724 a 73,160	73,161 y más
	\$ por mes	0 a 3,048	3,049 a 4,054	4,055 a 5,060	5,061 a 6,097	6,098 y más
	\$ por semana	0 a 703	704 a 936	937 a 1,168	1,169 a 1,407	1,408 y más
6	\$ por año	0 a 41,960	41,961 a 55,807	55,808 a 69,654	69,655 a 83,920	83,921 y más
	\$ por mes	0 a 3,497	3,498 a 4,651	4,652 a 5,805	5,806 a 6,993	6,994 y más
	\$ por semana	0 a 807	808 a 1,073	1,074 a 1,340	1,341 a 1,614	1,615 y más
7	\$ por año	0 a 47,340	47,341 a 62,962	62,963 a 78,584	78,585 a 94,680	94,681 y más
	\$ por mes	0 a 3,945	3,946 a 5,247	5,248 a 6,549	6,550 a 7,890	7,891 y más
	\$ por semana	0 a 910	911 a 1,211	1,212 a 1,511	1,512 a 1,821	1,822 y más
8	\$ por año	0 a 52,720	52,721 a 70,118	70,119 a 87,515	87,516 a 105,440	105,441 y más
	\$ por mes	0 a 4,393	4,394 a 5,843	5,844 a 7,293	7,294 a 8,787	8,788 y más
	\$ por semana	0 a 1,014	1,015 a 1,348	1,349 a 1,683	1,684 a 2,028	2,029 y más
9+	\$ por año	0 a 5,380	5,381 a 7,155	7,156 a 8,931	8,932 a 10,760	10,761 y más
	\$ por mes	0 a 448	449 a 596	597 a 744	745 a 897	898 y más
	\$ por semana	0 a 103	104 a 138	139 a 172	173 a 207	208 y más

*Los pacientes de tarifa móvil clase A reciben un descuento del 100% sobre los cargos totales y se les pide que paguen una tarifa nominal como se describe en la tabla anterior.