

Solicitud del Programa de Tarifas Variables

Instrucciones:

Por favor, complete cada sección de la siguiente solicitud en su totalidad. Para recibir ayuda con su solicitud, por favor contacte con nuestro Coordinador del Programa Fiscal al (360) 452-8086, opción 2. Puede entregar su solicitud completada y firmada con TODOS los documentos requeridos a nuestro Coordinador del Programa Fiscal a través de:

- En persona:
NOHN Centro de Servicios Administrativos
923 E. 1st Street
Port Angeles, WA 98362
- MyChart
- Fax: (360) 452-8087 – Atención: Tarifa Variables
- Correo:
NOHN Programa de Tarifas Móviles
240 W. Front Street
Port Angeles, WA 98362
- Correo electrónico:
slidingfee@nohn-pa.org *

Serás contactado/a con su determinación. Además de nuestro Programa de Tarifas Variables, ofrecemos planes de pago, con o sin el descuento del Programa de Tarifas Variables. Para hablar sobre opciones de planes de pago, ponte en contacto con nuestro departamento de Cuentas del Paciente al (360) 452-8086, opción 1.

Preguntas frecuentes:

¿A quién debería incluir como miembro de mi familia/hogar?

Por favor, enumera a cualquier persona emparentada por sangre, matrimonio o adopción. Esto incluye a dependientes como niños menores de 19 años (o 24 si son estudiantes a tiempo completo) así como adultos con discapacidad legal.

¿Qué fuentes de ingresos se requieren?

TODOS los ingresos deben ser declarados. No todos los ingresos se tienen en cuenta para determinar el estatus federal del Nivel de Pobreza, pero todos deben declararse y demostrarse con documentación.

Ejemplos incluyen:

- Resumen Anual de su Seguro Social
- Talones de pago de los últimos tres meses de ingresos - *O* – Talones de pago más reciente y fecha de inicio
- Carta de aprobación 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 - *O* - Tres meses de informes de ingresos y gastos

¿Cuales resúmenes de cuentas bancarias son obligatorios?

Todas las cuentas corrientes y de ahorro de los últimos tres meses son obligatorias. Por favor, proporcione explicaciones sobre TODOS los depósitos.

Ejemplos incluyen:

- Reembolso de un préstamo a un amigo
- Los familiares también usan la cuenta bancaria
- Familia que proporciona ayuda financiera al solicitante
- Reembolso de una compra anterior

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

Solicitud del Programa de Tarifas Variables

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o la documentación requerida, por favor contacte con nuestro Coordinador del Programa Fiscal en el (360) 452-8086, opción 2.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal (donde recibes correo): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Contacto Preferido: _____ Correo Electrónico: _____

¿Cómo te gustaría que se enviara tu carta de respuesta? ☐ MyChart ☐ Correo ☐ Correo electrónico

SITUACIÓN LABORAL DE LA PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR LA FACTURA

☐ Empleado (Fecha de inicio): _____ ☐ Desempleado (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	RELACIÓN CON EL PACIENTE	¿RECIBIENDO INGRESOS?	ESTUDIANTE	FUENTE DE INGRESO
		Yo Mismo	Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	

INFORMACIÓN DE INGRESOS

Debes aportar prueba de ingresos con tu solicitud. Se requiere verificación de ingresos para determinar la elegibilidad. Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben declarar sus ingresos. Por favor, proporcione prueba de todas las fuentes de ingresos.

Por favor, proporciona TODO lo que sea aplicable:

- ☐ Talones de pago (3 meses)
- ☐ Resumen de su Seguro Social / Pensión / Jubilación
- ☐ Declaración de impuestos más reciente
- ☐ Carta de aprobación de desempleo
- ☐ Documentos de permiso familiar/médico
- ☐ Resumen de Inversiones
- ☐ Órdenes judiciales certificadas / Manutención de los hijos / Manutención de su pareja
- ☐ Resumen de cuenta corriente y de ahorro bancarias de los últimos 3 meses
- ☐ Prueba de elegibilidad para Medicaid / TANF
- ☐ Otro: _____

****Si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, por favor utilice la carta de atestación adjunta para la explicación.****

ACUERDO CON EL PACIENTE

YO, COMO SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES, AFIRMO QUE LO ANTERIOR ES CIERTO, COMPLETO Y PRECISO SEGÚN MI MEJOR CONOCIMIENTO. ACEPTO PROPORCIONAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL SOLICITADA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

- **No proporcionar documentación completa intencionadamente se considerará lo mismo que atestiguar fraudulentamente tus ingresos.**
- **No podemos garantizar que cumplas los requisitos para la ayuda financiera, incluso si lo solicitas.**
- **Una vez que envíes tu solicitud, revisaremos toda la información y puede que pidamos información adicional o prueba de ingresos.**
- **Los solicitantes son responsables de notificar a NOHN cuando hay cualquier cambio en los ingresos.**

.....
No escribas debajo de esta línea – solo uso administrativo

Servicios del Programa de Tarifas Variables

Como Centro de Salud Cualificado a nivel federal, North Olympic Healthcare Network puede ofrecer descuentos en servicios con una escala de tarifas variable según los ingresos y tamaño de tu hogar.

Los pacientes deben solicitar y calificar para recibir descuentos en los servicios. Los materiales de solicitud incluyen escalas de tarifas progresivas. El personal está disponible para ayudar a los pacientes a determinar su elegibilidad. La aprobación se basará en la revisión de tu solicitud completada y de materiales adicionales relevantes.

Una vez aprobados, se aplicarán descuentos por tarifas variables a los servicios que NOHN tiene, disponibles para ti como paciente, incluyendo servicios médicos, dentales, de salud conductual, de visión y de farmacia.

Los descuentos por tarifas variables se ajustan para ciertos servicios, y pueden aplicarse condiciones y/o tarifas separadas:

Servicios dentales de nivel superior

Además de la odontología preventiva y restauradora, ofrecemos servicios de nivel avanzado como endodoncias, coronas y puentes.

- **Tarifa de servicio:** Se aplicará una tarifa nominal para todos los servicios de nivel superior, que vencerá en la fecha de servicio.
- **Costos de laboratorio dental:** Algunos servicios de nivel superior pueden asumir los costos de laboratorio para producir materiales. Las tasas de laboratorio deben ser debidas antes de realizar los servicios. *Los descuentos por tarifas móviles no se aplican a los costos del laboratorio.*

Farmacia NOHN:

Si un paciente cumple los requisitos para el descuento del Programa de Tarifa Variables y decide utilizar los Servicios de Prescripción de Farmacia, se incluirá un cupón junto a su carta de aprobación. Los pacientes deben informar a su profesional de salud (doctor/a, enfermero/a) de que desean utilizar este servicio para que todas las recetas sean transferidas a la farmacia presencial de NOHN.

Centro Médico Olímpico:

Si un paciente decide ir al Olympic Medical Center (OMC) o a una de sus clínicas especializadas, el profesional de la salud (doctor/a, enfermero/a) generará una referencia adecuada en su cita. El nivel del Programa de Tarifas Variables del paciente se indicará en su historia clínica. *OMC tiene un programa de ayuda financiera y un proceso de solicitud separados que pueden tener directrices distintas para la escala ajustable. Los pacientes pueden ser derivados a su departamento financiero para recibir más instrucción.*

Para más información, por favor visita [Programa de tarifas variables - North Olympic Healthcare Network - Port Angeles](#) o escanea el código QR que aparece a continuación con tu smartphone.



Carta de Atestación del Programa de Tarifas Variables

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Si no tienes ingresos, por favor explica cómo estás consiguiendo tus necesidades esenciales, incluyendo vivienda y alimentación.

Por favor, proporcione la información de contacto de alguien que no esté solicitando y con quien podamos verificar la afirmación anterior. (*Esta persona de contacto no puede ser empleada{o} de NOHN.*)

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono # _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Firma del solicitante

Fecha

2026 Escala Variable de North Olympic Healthcare Network

Tamaño de la Familia	Categoría >>	A	B	C	D	E	N/A
	NIVEL DE POBREZA	0-100%	101-125%	126-150%	151-175%	176-200%	>200%
	Nivel de Descuento =	100%	90%	80%	70%	60%	Sin Descuento
1	Anual (hasta)	\$ 15,960.00	\$ 19,950.00	\$ 23,940.00	\$ 27,930.00	\$ 31,920.00	\$ 31,920.01
	Mensual	\$ 1,330.00	\$ 1,662.50	\$ 1,995.00	\$ 2,327.50	\$ 2,660.00	\$ 2,660.00
	Semanal	\$ 306.92	\$ 383.65	\$ 460.38	\$ 537.12	\$ 613.85	\$ 613.85
2	Anual (hasta)	\$ 21,640.00	\$ 27,050.00	\$ 32,460.00	\$ 37,870.00	\$ 43,280.00	\$ 43,280.01
	Mensual	\$ 1,803.33	\$ 2,254.17	\$ 2,705.00	\$ 3,155.83	\$ 3,606.67	\$ 3,606.67
	Semanal	\$ 416.15	\$ 520.19	\$ 624.23	\$ 728.27	\$ 832.31	\$ 832.31
3	Anual (hasta)	\$ 27,320.00	\$ 34,150.00	\$ 40,980.00	\$ 47,810.00	\$ 54,640.00	\$ 54,640.01
	Mensual	\$ 2,276.67	\$ 2,845.83	\$ 3,415.00	\$ 3,984.17	\$ 4,553.33	\$ 4,553.33
	Semanal	\$ 525.38	\$ 656.73	\$ 788.08	\$ 919.42	\$ 1,050.77	\$ 1,050.77
4	Anual (hasta)	\$ 33,000.00	\$ 41,250.00	\$ 49,500.00	\$ 57,750.00	\$ 66,000.00	\$ 66,000.01
	Mensual	\$ 2,750.00	\$ 3,437.50	\$ 4,125.00	\$ 4,812.50	\$ 5,500.00	\$ 5,500.00
	Semanal	\$ 634.62	\$ 793.27	\$ 951.92	\$ 1,110.58	\$ 1,269.23	\$ 1,269.23
5	Anual (hasta)	\$ 38,680.00	\$ 48,350.00	\$ 58,020.00	\$ 67,690.00	\$ 77,360.00	\$ 77,360.01
	Mensual	\$ 3,223.33	\$ 4,029.17	\$ 4,835.00	\$ 5,640.83	\$ 6,446.67	\$ 6,446.67
	Semanal	\$ 743.85	\$ 929.81	\$ 1,115.77	\$ 1,301.73	\$ 1,487.69	\$ 1,487.69
6	Anual (hasta)	\$ 44,360.00	\$ 55,450.00	\$ 66,540.00	\$ 77,630.00	\$ 88,720.00	\$ 88,720.01
	Mensual	\$ 3,696.67	\$ 4,620.83	\$ 5,545.00	\$ 6,469.17	\$ 7,393.33	\$ 7,393.33
	Semanal	\$ 853.08	\$ 1,066.35	\$ 1,279.62	\$ 1,492.88	\$ 1,706.15	\$ 1,706.15
7	Anual (hasta)	\$ 50,040.00	\$ 62,550.00	\$ 75,060.00	\$ 87,570.00	\$ 100,080.00	\$ 100,080.01
	Mensual	\$ 4,170.00	\$ 5,212.50	\$ 6,255.00	\$ 7,297.50	\$ 8,340.00	\$ 8,340.00
	Semanal	\$ 962.31	\$ 1,202.88	\$ 1,443.46	\$ 1,684.04	\$ 1,924.62	\$ 1,924.62
8	Anual (hasta)	\$ 55,720.00	\$ 69,650.00	\$ 83,580.00	\$ 97,510.00	\$ 111,440.00	\$ 111,440.01
	Mensual	\$ 4,643.33	\$ 5,804.17	\$ 6,965.00	\$ 8,125.83	\$ 9,286.67	\$ 9,286.67
	Semanal	\$ 1,071.54	\$ 1,339.42	\$ 1,607.31	\$ 1,875.19	\$ 2,143.08	\$ 2,143.08
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	\$ 5,680.00	\$ 7,100.00	\$ 8,520.00	\$ 9,940.00	\$ 11,360.00	\$ 11,360.01
	Mensual	\$ 473.33	\$ 591.67	\$ 710.00	\$ 828.33	\$ 946.67	\$ 946.67
	Semanal	\$ 109.23	\$ 136.54	\$ 163.85	\$ 191.15	\$ 218.46	\$ 218.46

2026 NOHN Escala Variable de servicios dentales de nivel superior

La tarifa nominal de \$150.00 por diente debe abonarse antes de programar el servicio. Los honorarios del laboratorio se cobran antes de la fecha de inicio del servicio y no están incluidos en los cálculos de la tabla que se muestran a continuación.

Tamaño de la Familia	Categoría >>	A	B	C	D	E	N/A
	NIVEL DE POBREZA						
	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)	\$ 15,960.00	\$ 19,950.00	\$ 23,940.00	\$ 27,930.00	\$ 31,920.00	\$ 31,920.01
	Mensual	\$ 1,330.00	\$ 1,662.50	\$ 1,995.00	\$ 2,327.50	\$ 2,660.00	\$ 2,660.00
	Semanal	\$ 306.92	\$ 383.65	\$ 460.38	\$ 537.12	\$ 613.85	\$ 613.85
2	Anual (hasta)	\$ 21,640.00	\$ 27,050.00	\$ 32,460.00	\$ 37,870.00	\$ 43,280.00	\$ 43,280.01
	Mensual	\$ 1,803.33	\$ 2,254.17	\$ 2,705.00	\$ 3,155.83	\$ 3,606.67	\$ 3,606.67
	Semanal	\$ 416.15	\$ 520.19	\$ 624.23	\$ 728.27	\$ 832.31	\$ 832.31
3	Anual (hasta)	\$ 27,320.00	\$ 34,150.00	\$ 40,980.00	\$ 47,810.00	\$ 54,640.00	\$ 54,640.01
	Mensual	\$ 2,276.67	\$ 2,845.83	\$ 3,415.00	\$ 3,984.17	\$ 4,553.33	\$ 4,553.33
	Semanal	\$ 525.38	\$ 656.73	\$ 788.08	\$ 919.42	\$ 1,050.77	\$ 1,050.77
4	Anual (hasta)	\$ 33,000.00	\$ 41,250.00	\$ 49,500.00	\$ 57,750.00	\$ 66,000.00	\$ 66,000.01
	Mensual	\$ 2,750.00	\$ 3,437.50	\$ 4,125.00	\$ 4,812.50	\$ 5,500.00	\$ 5,500.00
	Semanal	\$ 634.62	\$ 793.27	\$ 951.92	\$ 1,110.58	\$ 1,269.23	\$ 1,269.23
5	Anual (hasta)	\$ 38,680.00	\$ 48,350.00	\$ 58,020.00	\$ 67,690.00	\$ 77,360.00	\$ 77,360.01
	Mensual	\$ 3,223.33	\$ 4,029.17	\$ 4,835.00	\$ 5,640.83	\$ 6,446.67	\$ 6,446.67
	Semanal	\$ 743.85	\$ 929.81	\$ 1,115.77	\$ 1,301.73	\$ 1,487.69	\$ 1,487.69
6	Anual (hasta)	\$ 44,360.00	\$ 55,450.00	\$ 66,540.00	\$ 77,630.00	\$ 88,720.00	\$ 88,720.01
	Mensual	\$ 3,696.67	\$ 4,620.83	\$ 5,545.00	\$ 6,469.17	\$ 7,393.33	\$ 7,393.33
	Semanal	\$ 853.08	\$ 1,066.35	\$ 1,279.62	\$ 1,492.88	\$ 1,706.15	\$ 1,706.15
7	Anual (hasta)	\$ 50,040.00	\$ 62,550.00	\$ 75,060.00	\$ 87,570.00	\$ 100,080.00	\$ 100,080.01
	Mensual	\$ 4,170.00	\$ 5,212.50	\$ 6,255.00	\$ 7,297.50	\$ 8,340.00	\$ 8,340.00
	Semanal	\$ 962.31	\$ 1,202.88	\$ 1,443.46	\$ 1,684.04	\$ 1,924.62	\$ 1,924.62
8	Anual (hasta)	\$ 55,720.00	\$ 69,650.00	\$ 83,580.00	\$ 97,510.00	\$ 111,440.00	\$ 111,440.01
	Mensual	\$ 4,643.33	\$ 5,804.17	\$ 6,965.00	\$ 8,125.83	\$ 9,286.67	\$ 9,286.67
	Semanal	\$ 1,071.54	\$ 1,339.42	\$ 1,607.31	\$ 1,875.19	\$ 2,143.08	\$ 2,143.08
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	\$ 5,680.00	\$ 7,100.00	\$ 8,520.00	\$ 9,940.00	\$ 11,360.00	\$ 11,360.01
	Mensual	\$ 473.33	\$ 591.67	\$ 710.00	\$ 828.33	\$ 946.67	\$ 946.67
	Semanal	\$ 109.23	\$ 136.54	\$ 163.85	\$ 191.15	\$ 218.46	\$ 218.46

2026 NOHN Farmacia Escala móvil de tarifas variables

Precio de Adquisición Real del medicamento + Descuento en la Escala a la Tarifa de Dispensación de NOHN de \$21.00.							
Tamaño de la familia	Presentación de Categorías >>	A	B	C	D	E	N/A
1	NIVEL DE POBREZA	0-100%	101-125%	126-150%	151-175%	176-200%	>200%
	Responsabilidad del paciente =	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento
1	Annual (hasta)	\$ 15,960.00	\$ 19,950.00	\$ 23,940.00	\$ 27,930.00	\$ 31,920.00	\$ 31,920.01
	Mensual	\$ 1,330.00	\$ 1,662.50	\$ 1,995.00	\$ 2,327.50	\$ 2,660.00	\$ 2,660.00
	Semanal	\$ 306.92	\$ 383.65	\$ 460.38	\$ 537.12	\$ 613.85	\$ 613.85
2	Annual (hasta)	\$ 21,640.00	\$ 27,050.00	\$ 32,460.00	\$ 37,870.00	\$ 43,280.00	\$ 43,280.01
	Mensual	\$ 1,803.33	\$ 2,254.17	\$ 2,705.00	\$ 3,155.83	\$ 3,606.67	\$ 3,606.67
	Semanal	\$ 416.15	\$ 520.19	\$ 624.23	\$ 728.27	\$ 832.31	\$ 832.31
3	Annual (hasta)	\$ 27,320.00	\$ 34,150.00	\$ 40,980.00	\$ 47,810.00	\$ 54,640.00	\$ 54,640.01
	Mensual	\$ 2,276.67	\$ 2,845.83	\$ 3,415.00	\$ 3,984.17	\$ 4,553.33	\$ 4,553.33
	Semanal	\$ 525.38	\$ 656.73	\$ 788.08	\$ 919.42	\$ 1,050.77	\$ 1,050.77
4	Annual (hasta)	\$ 33,000.00	\$ 41,250.00	\$ 49,500.00	\$ 57,750.00	\$ 66,000.00	\$ 66,000.01
	Mensual	\$ 2,750.00	\$ 3,437.50	\$ 4,125.00	\$ 4,812.50	\$ 5,500.00	\$ 5,500.00
	Semanal	\$ 634.62	\$ 793.27	\$ 951.92	\$ 1,110.58	\$ 1,269.23	\$ 1,269.23
5	Annual (hasta)	\$ 38,680.00	\$ 48,350.00	\$ 58,020.00	\$ 67,690.00	\$ 77,360.00	\$ 77,360.01
	Mensual	\$ 3,223.33	\$ 4,029.17	\$ 4,835.00	\$ 5,640.83	\$ 6,446.67	\$ 6,446.67
	Semanal	\$ 743.85	\$ 929.81	\$ 1,115.77	\$ 1,301.73	\$ 1,487.69	\$ 1,487.69
6	Annual (hasta)	\$ 44,360.00	\$ 55,450.00	\$ 66,540.00	\$ 77,630.00	\$ 88,720.00	\$ 88,720.01
	Mensual	\$ 3,696.67	\$ 4,620.83	\$ 5,545.00	\$ 6,469.17	\$ 7,393.33	\$ 7,393.33
	Semanal	\$ 853.08	\$ 1,066.35	\$ 1,279.62	\$ 1,492.88	\$ 1,706.15	\$ 1,706.15
7	Annual (hasta)	\$ 50,040.00	\$ 62,550.00	\$ 75,060.00	\$ 87,570.00	\$ 100,080.00	\$ 100,080.01
	Mensual	\$ 4,170.00	\$ 5,212.50	\$ 6,255.00	\$ 7,297.50	\$ 8,340.00	\$ 8,340.00
	Semanal	\$ 962.31	\$ 1,202.88	\$ 1,443.46	\$ 1,684.04	\$ 1,924.62	\$ 1,924.62
8	Annual (hasta)	\$ 55,720.00	\$ 69,650.00	\$ 83,580.00	\$ 97,510.00	\$ 111,440.00	\$ 111,440.01
	Mensual	\$ 4,643.33	\$ 5,804.17	\$ 6,965.00	\$ 8,125.83	\$ 9,286.67	\$ 9,286.67
	Semanal	\$ 1,071.54	\$ 1,339.42	\$ 1,607.31	\$ 1,875.19	\$ 2,143.08	\$ 2,143.08
Cada Persona Adicional	Annual (hasta)	\$ 5,680.00	\$ 7,100.00	\$ 8,520.00	\$ 9,940.00	\$ 11,360.00	\$ 11,360.01
	Mensual	\$ 473.33	\$ 591.67	\$ 710.00	\$ 828.33	\$ 946.67	\$ 946.67
	Semanal	\$ 109.23	\$ 136.54	\$ 163.85	\$ 191.15	\$ 218.46	\$ 218.46