

संघीय रूपमा योग्यता प्राप्त स्वास्थ्य केन्द्र Primary Health Network (प्राइमरी हेल्थ नेटवर्क) ले रोजेका सेवाहरूमा आयमा आधारित छुटहरू प्रदान गर्छ। संघीय गरिबी निर्देशिका (तालिकाका लागि पछाडिको भाग हेर्नुहोस्) अनुसार तपाईंको घरपरिवारको कुल वार्षिक आयको मूल्याङ्कनका आधारमा योग्यता निर्धारण गरिन्छ।

Primary Health Network, a Federally Qualified Health Center, offers income-based discounts on select services. Eligibility is determined by assessing your total household annual income in accordance with Federal Poverty Guidelines (see reverse side for the table).

स्लाइडिङ शुल्कका लागि योग्य हुनका लागि कृपया घरपरिवारका सबै सदस्य वा तपाईंको आर्थिक हेरचाहमा रहेका व्यक्तिहरूको आयको प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्। यदि तपाईंको आय छैन भने स्व-प्रमाणीकरण खण्ड भर्नुहोस्। सामाजिक सुरक्षा लाभहरूका लागि सोहीअनुसार उल्लेख गर्नुहोस्।

To qualify for the sliding fee, please provide proof of income for all household members or those under your financial care. If you lack income, complete the self-attestation section. For Social Security Benefits, specify accordingly.

लागू हुने भएमा आवेदकहरूले कागजातहरूको प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनुपर्छ:

Applicants should provide a copy of the following documents, if applicable:

- अघिल्लो वर्षको संघीय कर विवरण, W-2 को वा 1099 को (प्रमाणीकरणको प्राथमिकता दिइएको विधि)  
Previous year's Federal Tax Return, W-2's, or 1099's (preferred method of verification)
- सामाजिक सुरक्षा वा पेन्सनको आय  
Social Security or Pension Income

- चार हप्ताको अवधिको सबैभन्दा पछिल्ला तलबका भुक्तानी रसिदहरू  
Most recent pay stubs spanning four weeks
- बेरोजगार क्षतिपूर्ति  
Unemployment compensation

पूरा भरिएको आवेदन(हरू) र आयका कागजातहरूलाई कुनै पनि PHN कार्यालयमा वा हुलाक वा इमेलमार्फत फिर्ता गरिदिनुहोस्:

Return the completed application(s) and income documentation to any PHN location or by either mail or email:

**प्राइमरी हेल्थ नेटवर्क (Primary Health Network), Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | [billing@primary-health.net](mailto:billing@primary-health.net)**

Primary Health Network, Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | [billing@primary-health.net](mailto:billing@primary-health.net)

तपाईंसँग प्रश्नहरू छन् भने कृपया PHN बिलिङ विभागको नम्बर 1-888-274-2043 मा फोन गरेर सम्पर्क गर्नुहोस् वा [billing@primary-health.net](mailto:billing@primary-health.net) मा इमेल पठाउनुहोस्।

If you have any questions, please contact the PHN Billing Department by calling 1-888-274-2043, or email [billing@primary-health.net](mailto:billing@primary-health.net)

नाम: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

फोन नम्बर: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

परिवारको आकार (तपाईंले आर्थिक रूपमा सहायता गर्ने व्यक्तिहरूको सङ्ख्या) : \_\_\_\_\_

Household Size (number of individuals that you financially support) : \_\_\_\_\_

परिवारको वार्षिक आय: \_\_\_\_\_

Annual Household Income: \_\_\_\_\_

तपाईं आर्थिक रूपमा जिम्मेवार हुने परिवारका सदस्य/व्यक्तिहरूको थर(हरू) र जन्म मिति(हरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

List name(s) and date(s) of birth of family members/individuals for whom you are financially responsible:

घरपरिवारका सदस्यको नाम Household Member Name	जन्म मिति Date of Birth	आवेदकसँगको नाता Relationship to Applicant	बिरामीको आइडी (आन्तरिक प्रयोगका लागि मात्र) Patient ID (Internal Use Only)

यदि तपाईंसँग आयको कुनै पनि स्रोत छैन भने कृपया तपाईंले जीवनका आधारभूत आवश्यकता, खाना र आवासको व्यवस्था कसरी गर्नुहुन्छ भनेर स्पष्ट पार्नुहोस्।

If you have no sources of income, please explain how you provide for basic life essentials, food, and shelter.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

अस्वीकरण: म यसद्वारा माथि उल्लिखित जानकारी मेरो ज्ञानले भ्याएसम्म सही र सत्य छ भनी प्रमाणित गर्छु।  
DISCLAIMER: I hereby certify that the above information is, to the best of my knowledge, true and correct.

हस्ताक्षर  
Signature

मिति  
Date

आन्तरिक प्रयोगका लागि मात्र

FOR INTERNAL USE ONLY

परिवारको आम्दानी: \_\_\_\_\_

Household Income: \_\_\_\_\_

प्राप्त भएको मिति: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

बिरामी स्लाइडिङ शुल्कको छुटको वर्गीकरणका लागि योग्य हुनुहुन्छ:

Patient is eligible for sliding fee discount category:

आयको प्रमाण प्रमाणित गरिएको  
Proof of income verified

आयको प्रमाण प्राप्त नभएको  
Proof of income not received

समीक्षा गर्ने

मिति

स्वीकृत गर्ने

मिति

परिवारको आकार Family Size	आयको मापन Income Measure	वर्गीकरण 0 Category 0	वर्गीकरण 1 Category 1	वर्गीकरण 2 Category 2	वर्गीकरण 3 Category 3	वर्गीकरण 4 Category 4
सङ्घीय गरिबी आय स्तरको % % of Federal Poverty Income Level		100% सम्म Up to 100%	100.01%-149.99%	150.00%-174.99%	175.00%-199.99%	200.00%+
		सेवा शुल्क: \$0.00 Service Fee: \$0.00	सेवा शुल्क: \$10.00 Service Fee: \$10.00	सेवा शुल्क: \$20.00 Service Fee: \$20.00	सेवा शुल्क: \$30.00 Service Fee: \$30.00	सेवा शुल्क: 100% Service Fee: 100%
1	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$15,650 \$0 – \$1,304	\$15,651 – \$23,474 \$1,305 – \$1,955	\$23,475 – \$27,386 \$1,956 – \$2,281	\$27,387 – \$31,299 \$2,282 – \$2,608	\$31,300 + \$2,609 +
2	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$21,150 \$0 – \$1,763	\$21,151 – \$31,724 \$1,764 – \$2,644	\$31,725 – \$37,011 \$2,645 – \$3,084	\$37,012 – \$42,229 \$3,085 – \$3,526	\$42,300 + \$3,527 +
3	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$26,650 \$0 – \$2,221	\$26,651 – \$39,974 \$2,222 – \$3,331	\$39,975 – \$46,636 \$3,332 – \$3,887	\$46,637 – \$53,299 \$3,888 – \$4,442	\$53,300 + \$4,443 +
4	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$32,150 \$0 – \$2,679	\$32,151 – \$48,224 \$2,680 – \$4,017	\$48,225 – \$56,261 \$4,018 – \$4,687	\$56,262 – \$64,299 \$4,688 – \$5,358	\$64,300 + \$5,359 +
5	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$37,650 \$0 – \$3,138	\$37,651 – \$56,474 \$3,139 – \$4,706	\$56,475 – \$65,886 \$4,707 – \$5,490	\$65,887 – \$75,299 \$5,491 – \$6,276	\$75,300 + \$6,277 +
6	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$43,150 \$0 – \$3,596	\$43,151 – \$64,724 \$3,597 – \$5,394	\$64,725 – \$75,511 \$5,395 – \$6,294	\$75,512 – \$86,299 \$6,295 – \$7,192	\$86,300 + \$7,193 +
7	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$48,650 \$0 – \$4,054	\$48,651 – \$72,974 \$4,055 – \$6,080	\$72,975 – \$85,136 \$6,081 – \$7,093	\$85,137 – \$97,299 \$7,094 – \$8,108	\$97,300 + \$8,109 +
8	वार्षिक Annual मासिक Monthly	\$0 – \$54,150 \$0 – \$4,513	\$54,151 – \$81,224 \$4,514 – \$6,769	\$81,225 – \$94,761 \$6,770 – \$7,897	\$94,762 – \$108,299 \$7,898 – \$9,026	\$108,300 + \$9,027 +
परिवारको प्रत्येक अतिरिक्त सदस्यका लागि Each additional family member		+ \$5,500 वार्षिक + \$5,500 A + \$458 मासिक + \$458 M	+ \$5,500 वार्षिक + \$5,500 A + \$458 मासिक + \$458 M	+ \$8,250 वार्षिक + \$8,250 A + \$688 मासिक + \$688 M	+ \$9,625 वार्षिक + \$9,625 A + \$802 मासिक + \$802 M	+ \$11,000 वार्षिक + \$11,000 A + \$917 मासिक + \$917 M

## समावेश नगरिएका - वर्गीकरण 0

EXCLUSIONS - CATEGORY 0

### दन्त सेवा

DENTAL

निम्न कुराका लागि PHN को वास्तविक खर्चहरूको

100% बिल लगाइने छः

The following will be billed at 100% of PHN's actual costs:

- कृत्रिम दाँत र क्राउनहरूसँग सम्बन्धित डेन्टल प्रयोगशालाको लागत।

Dental lab cost associated with dentures and crowns.

## समावेश नगरिएका - वर्गीकरण 1-3

EXCLUSIONS - CATEGORY 1-3

### दन्त सेवा

DENTAL

निम्न प्रक्रियाहरूमा PHN को शुल्क तालिकाअनुसार तल सूचीबद्ध प्रतिशतहरूका

साथ छुट दिइने छः

The following procedures will be discounted according to PHN's fee schedule, with the percentages listed below:

- कृत्रिम दाँत  
Dentures
- क्राउन  
Crowns
- मुखको शल्यक्रिया  
Oral Surgery

### छुटका वर्गहरूः

Discount Categories:

- वर्ग 1: 75% छुट
- Category 1: 75% Discount
- वर्ग 2: 50% छुट
- वर्ग 3: 25% छुट



## स्लाइडिङ शुल्कको स्केल

संघीय दरता 2025 को गरिबी निर्देशिकाहरूमा आधारित

# Sliding Fee Scale

Based on Federal Register 2025 Poverty Guidelines