



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 2026

Based on US Federal Poverty Guidelines (FPG) published in the Federal Register

Effective 3/01/2026 through 2/28/2027

Sliding Fee Class		A*	B	C	D	E
Medical flat fee per visit		\$10	\$30	\$40	\$50	100% pay
Dental Regular flat fee per visit		\$40	\$55	\$65	\$80	100% pay
Mental health flat fee per visit		\$5	\$10	\$15	\$20	100% pay
Sliding fee scale below 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 15,960	15,961 to 21,227	21,228 to 26,494	26,495 to 31,920	31,921 and above
	\$ per month	0 to 1,330	1,331 to 1,769	1,770 to 2,208	2,209 to 2,660	2,661 and above
	\$ per week	0 to 307	308 to 408	409 to 510	511 to 614	615 and above
2	\$ per year	0 to 21,640	21,641 to 28,781	28,782 to 35,922	35,923 to 43,280	43,281 and above
	\$ per month	0 to 1,803	1,804 to 2,398	2,399 to 2,994	2,995 to 3,607	3,608 and above
	\$ per week	0 to 416	417 to 553	554 to 691	692 to 832	833 and above
3	\$ per year	0 to 27,320	27,321 to 36,336	36,337 to 45,351	45,352 to 54,640	54,641 and above
	\$ per month	0 to 2,277	2,278 to 3,028	3,029 to 3,779	3,780 to 4,553	4,554 and above
	\$ per week	0 to 525	526 to 699	700 to 872	873 to 1,051	1,052 and above
4	\$ per year	0 to 33,000	33,001 to 43,890	43,891 to 54,780	54,781 to 66,000	66,001 and above
	\$ per month	0 to 2,750	2,751 to 3,658	3,659 to 4,565	4,566 to 5,500	5,501 and above
	\$ per week	0 to 635	636 to 844	845 to 1,053	1,054 to 1,269	1,270 and above
5	\$ per year	0 to 38,680	38,681 to 51,444	51,445 to 64,209	64,210 to 77,360	77,361 and above
	\$ per month	0 to 3,223	3,224 to 4,287	4,288 to 5,351	5,352 to 6,447	6,448 and above
	\$ per week	0 to 744	745 to 989	990 to 1,235	1,236 to 1,488	1,489 and above
6	\$ per year	0 to 44,360	44,361 to 58,999	59,000 to 73,638	73,639 to 88,720	88,721 and above
	\$ per month	0 to 3,697	3,698 to 4,917	4,918 to 6,137	6,138 to 7,393	7,394 and above
	\$ per week	0 to 853	854 to 1,135	1,136 to 1,416	1,417 to 1,706	1,707 and above
7	\$ per year	0 to 50,040	50,041 to 66,553	66,554 to 83,066	83,067 to 100,080	100,081 and above
	\$ per month	0 to 4,170	4,171 to 5,546	5,547 to 6,922	6,923 to 8,340	8,341 and above
	\$ per week	0 to 962	963 to 1,280	1,281 to 1,597	1,598 to 1,925	1,926 and above
8	\$ per year	0 to 55,720	55,721 to 74,108	74,109 to 92,495	92,496 to 111,440	111,441 and above
	\$ per month	0 to 4,643	4,644 to 6,176	6,177 to 7,708	7,709 to 9,287	9,288 and above
	\$ per week	0 to 1,072	1,073 to 1,425	1,426 to 1,779	1,780 to 2,143	2,144 and above
9+	\$ per year	add 5,680 per person	5,681 to 7,554	7,555 to 9,429	9,430 to 11,360	11,361 and above
	\$ per month	add 473 per person	474 to 630	631 to 786	787 to 947	948 and above
	\$ per week	add 109 per person	110 to 145	146 to 181	182 to 218	219 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 2026

Basado en las Pautas Federales de Pobreza (PFP) de EE. UU. publicadas en el Registro Federal

Válida del 01/03/2026 al 28/02/2027

Clase de tarifa móvil		A*	B	C	D	E
Tarifa plana médica por visita		\$ 10	\$ 30	\$ 40	\$ 50	100% pago
Tarifa plana dental por visita		\$ 40	\$ 55	\$ 65	\$ 80	100% pago
Tarifa plana salud mental por visita		\$ 5	\$ 10	\$ 15	\$ 20	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% PFP y menos	101% a 133% PFP	134% a 166% PFP	167% a 200% PFP	201% PFP y más
1	\$ por año	0 a 15,960	15,961 a 21,227	21,228 a 26,494	26,495 a 31,920	31,921 y más
	\$ por mes	0 a 1,330	1,331 a 1,769	1,770 a 2,208	2,209 a 2,660	2,661 y más
	\$ por semana	0 a 307	308 a 408	409 a 510	511 a 614	615 y más
2	\$ por año	0 a 21,640	21,641 a 28,781	28,782 a 35,922	35,923 a 43,280	43,281 y más
	\$ por mes	0 a 1,803	1,804 a 2,398	2,399 a 2,994	2,995 a 3,607	3,608 y más
	\$ por semana	0 a 416	417 a 553	554 a 691	692 a 832	833 y más
3	\$ por año	0 a 27,320	27,321 a 36,336	36,337 a 45,351	45,352 a 54,640	54,641 y más
	\$ por mes	0 a 2,277	2,278 a 3,028	3,029 a 3,779	3,780 a 4,553	4,554 y más
	\$ por semana	0 a 525	526 a 699	700 a 872	873 a 1,051	1,052 y más
4	\$ por año	0 a 33,000	33,001 a 43,890	43,891 a 54,780	54,781 a 66,000	66,001 y más
	\$ por mes	0 a 2,750	2,751 a 3,658	3,659 a 4,565	4,566 a 5,500	5,501 y más
	\$ por semana	0 a 635	636 a 844	845 a 1,053	1,054 a 1,269	1,270 y más
5	\$ por año	0 a 38,680	38,681 a 51,444	51,445 a 64,209	64,210 a 77,360	77,361 y más
	\$ por mes	0 a 3,223	3,224 a 4,287	4,288 a 5,351	5,352 a 6,447	6,448 y más
	\$ por semana	0 a 744	745 a 989	990 a 1,235	1,236 a 1,488	1,489 y más
6	\$ por año	0 a 44,360	44,361 a 58,999	59,000 a 73,638	73,639 a 88,720	88,721 y más
	\$ por mes	0 a 3,697	3,698 a 4,917	4,918 a 6,137	6,138 a 7,393	7,394 y más
	\$ por semana	0 a 853	854 a 1,135	1,136 a 1,416	1,417 a 1,706	1,707 y más
7	\$ por año	0 a 50,040	50,041 a 66,553	66,554 a 83,066	83,067 a 100,080	100,081 y más
	\$ por mes	0 a 4,170	4,171 a 5,546	5,547 a 6,922	6,923 a 8,340	8,341 y más
	\$ por semana	0 a 962	963 a 1,280	1,281 a 1,597	1,598 a 1,925	1,926 y más
8	\$ por año	0 a 55,720	55,721 a 74,108	74,109 a 92,495	92,496 a 111,440	111,441 y más
	\$ por mes	0 a 4,643	4,644 a 6,176	6,177 a 7,708	7,709 a 9,287	9,288 y más
	\$ por semana	0 a 1,072	1,073 a 1,425	1,426 a 1,779	1,780 a 2,143	2,144 y más
9+	\$ por año	0 a 5,680	5,681 a 7,554	7,555 a 9,429	9,430 a 11,360	11,361 y más
	\$ por mes	0 a 473	474 a 630	631 a 786	787 a 947	948 y más
	\$ por semana	0 a 109	110 a 145	146 a 181	182 a 218	219 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.