

Aviso sobre la disponibilidad de ayuda para bajos recursos económicos - Vigente desde 01/23/2026

La elegibilidad de cada paciente para la ayuda de bajos recursos se determina comparando los ingresos para la familia con las pautas federales de pobreza. Las pautas actualizadas se enumeran a continuación.

Escala variable de descuentos según los Ingresos mensuales

*FPL = Directriz federal de pobreza

Directriz de pobreza de EE. UU.			100-200% of FPL*	201-250% of FPL*	251-300% of FPL*	Over 300%
			100% cubierto	75% cubierto	50% cubierto	No elegible
Tamaño familiar	Ingresos máximos anuales	Ingresos mensuales máximos	El paciente paga 0%	El paciente paga 25%	El paciente paga 50%	El paciente paga 100%
			Ingresos mensuales Entre	Ingresos mensuales Entre	Ingresos mensuales Entre	Ingresos mensuales Entre
1	\$15,960	\$1,330	\$0 a \$2,660	\$2,661 a \$3,325	\$3,326 a \$3,990	\$3,991
2	\$21,640	\$1,803	\$0 a \$3,607	\$3,608 a \$4,508	\$4,509 a \$5,410	\$5,411
3	\$27,320	\$2,277	\$0 a \$4,553	\$4,554 a \$5,692	\$5,693 a \$6,830	\$6,831
4	\$33,000	\$2,750	\$0 a \$5,500	\$5,501 a \$6,875	\$6,876 a \$8,250	\$8,251
5	\$38,680	\$3,223	\$0 a \$6,447	\$6,448 a \$8,058	\$8,059 a \$9,670	\$9,671
6	\$44,360	\$3,697	\$0 a \$7,393	\$7,394 a \$9,242	\$9,243 a \$11,090	\$11,091
7	\$50,040	\$4,170	\$0 a \$8,340	\$8,341 a \$10,425	\$10,426 a \$12,510	\$12,511
8	\$55,720	\$4,643	\$0 a \$9,287	\$9,288 a \$11,608	\$11,609 a \$13,930	\$13,931

Para familias/hogares con más de 8 personas, se deberán añadir 5.680 dólares por cada persona adicional.

Cálculo de ingresos mensuales familiares | (Tamaño familiar x \$5,680) + \$10,280 = Ingresos anuales / 12 = FMI

Para calcular el valor del rango máximo de la categoría, utilice lo siguiente:

100-200% of FPL*	201-250% of FPL*	251-300% of FPL*	Over 300%
FMI x 2	FMI x 2.5	FMI x 3	(FMI x 3) + 1

Si usted piensa que podría estar elegible para el programa de ayuda para personas de bajos recursos, y desea pedir esa ayuda, favor de meter una súplica escrita al Área de Cuentas. La oficina de cuentas decidirá por escrito sobre su elegibilidad dentro de quince (15) días hábiles a partir de su solicitud, si es que usted haya provisto los comprobantes necesarios para el trámite.

Las directrices federales sobre el umbral de pobreza cambian cada año y se reflejarán en este calendario cuando el Departamento de Salud nos lo notifique. No se cabraran tarifas nominales

ADMINISTRATION

509.826.7663
 PO BOX 793
 Omak, WA 98841

HOSPITAL

509.826.1760
 810 Jasmine St
 Omak, WA 98841

CLINIC

509.826.1600
 529 Jasmine St
 Omak, WA 98841



mvhealth.org