



Información de descuento de tarifa

Es política de One Cross Community Health & Wellness brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. One Cross ofrece descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica. Debes completar este formulario cada 12 meses o si tu situación financiera cambia.

Nombre

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

	Nombre	Fecha de Nacimiento
Ser		
Otro		

Fuente	Yo Mismo	Otro	Total
Salarios brutos, propinas, trabajo por cuenta propia			
Desempleo, compensación laboral, seguro social, ingreso suplementario del seguro social, pagos de veteranos, beneficios por sobrevivencia, pensión o jubilación			
Intereses, dividendos, regalías, ingresos por propiedades en alquiler, manutención, ayuda externa al hogar y otras fuentes			
Ingreso total			
Otro			

Certifico que la información sobre el tamaño del hogar y los ingresos mostrada arriba es correcta.

Ciudad _____

Firma _____

Fecha _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Patient Name _____

Approved Discount _____

Approved By _____

Date _____

Approved By _____

Date _____

Verification Checklist	YES	NO
Identification/Address: Drivers license, utility bill, employment ID or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs or other		



Exclusiones – Categoría 0

Médico

Se facturará al 100% de los costos reales del Centro de Salud:

- Inyectables

Exclusiones – Categoría 1 – 3

Médico

Lo siguiente se facturará al 100% del cargo real según la lista de tarifas del Centro de Salud:

- Algunas cirugías/procedimientos en el consultorio
- Ciertos inyectables





2025 Descuento de tarifa

Tamaño de la familia	Medida de ingresos	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4	Categoría 5
1	Annual	\$0 - \$15,060	\$15,061 - \$22,590	\$22,591 - \$26,355	\$26,356 - \$30,120	\$30,121 +
	Mensual	\$0 - \$1,255	\$1,256 - \$1,882	\$1,883 - \$2,196	\$2,197 - \$2,510	\$2,511 +
2	Annual	\$0 - \$20,440	\$20,441 - \$30,660	\$30,661 - \$35,770	\$35,771 - \$40,880	\$40,881 +
	Mensual	\$0 - \$1,703	\$1,704 - \$2,555	\$2,556 - \$2,980	\$2,980 - \$3,406	\$3,406 +
3	Annual	\$0 - \$25,820	\$25,821 - \$38,730	\$38,731 - \$45,185	\$45,186 - \$51,640	\$51,641 +
	Mensual	\$0 - \$2,151	\$2,152 - \$3,227	\$3,228 - \$3,765	\$3,765 - \$4,303	\$4,304 +
4	Annual	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$46,800	\$46,501 - \$54,600	\$54,601 - \$62,400	\$62,401 +
	Mensual	\$0 - \$2,600	\$2,601 - \$3,900	\$3,901 - \$4,550	\$4,551 - \$5,200	\$5,201 +
5	Annual	\$0 - \$36,580	\$36,581 - \$54,870	\$54,871 - \$64,015	\$64,016 - \$73,160	\$73,161 +
	Mensual	\$0 - \$3,048	\$3,049 - \$4,572	\$4,573 - \$5,334	\$5,335 - \$6,096	\$6,097 +
6	Annual	\$0 - \$41,960	\$41,961 - \$62,940	\$62,941 - \$73,430	\$73,431 - \$83,290	\$83,921 +
	Mensual	\$0 - \$3,496	\$3,497 - \$5,245	\$5,246 - \$6,119	\$6,120 - \$6,990	\$6,991 +
7	Annual	\$0 - \$47,340	\$47,341 - \$71,010	\$71,011 - \$82,845	\$82,846 - \$94,680	\$94,681 +
	Mensual	\$0 - \$3,945	\$3,945 - \$5,917	\$5,918 - \$6,903	\$6,904 - \$7,890	\$7,891 +
8	Annual	\$0 - \$52,720	\$52,721 - \$79,080	\$79,081 - \$92,260	\$92,261 - \$105,440	\$105,441 +
	Mensual	\$0 - \$4,393	\$4,394 - \$6,590	\$6,591 - \$7,688	\$7,689 - \$8,786	\$8,787 +
% del nivel federal de ingresos de pobreza		Hasta 100%	101% - 150%	151% - 175%	176% - 200%	Más del 200%
Tarifa del paciente		\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	100%

Para hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 adicionales (\$448 mensuales).