



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		
Otro		
Otro		
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





2026 Descuento de tarifa

Tamaño de la familia	Medida de	Catagoría 1		Catagoría 2		Catagoría 3		Catagoría 4		Catagoría 5
		100% Poverty Level		101%-150%		151%-175%		176%-200%		Above 200%
		Slide A \$20		Slide B \$30		Slide C \$40		Slide D \$50		Full Pay
la familia	ingresos	Desde	A	Desde	A	Desde	A	Desde	A	Desde
1	Annual	0	15,960	15,961	23,940	23,941	27,930	27,931	31,920	31,921
	Mensual	0	1,330	1,331	1,995	1,996	2,328	2,329	2,660	2,661
	Semanal	0	307	308	460	461	537	538	614	615
2	Annual	0	21,640	21,641	32,460	32,461	37,870	37,871	43,280	43,281
	Mensual	0	1,803	1,804	2,705	2,706	3,156	3,157	3,607	3,608
	Semanal	0	416	417	624	625	728	729	832	833
3	Annual	0	27,320	27,321	40,980	40,981	47,810	47,811	54,640	54,641
	Mensual	0	2,277	2,278	3,415	3,416	3,984	3,985	4,553	4,553
	Semanal	0	525	526	788	789	919	920	1051	1051
4	Annual	0	33,000	33,001	49,500	49,501	57,750	57,751	66,000	66,001
	Mensual	0	2,750	2,751	4,125	4,126	4,813	4,814	5,500	5,501
	Semanal	0	635	636	952	953	1111	1112	1269	1270
5	Annual	0	38,680	38,681	58,020	58,021	67,690	67,691	77,360	77,361
	Mensual	0	3,223	3,224	4,835	4,836	5,641	5,642	6,447	6,448
	Semanal	0	744	745	1116	1117	1302	1303	1488	1489
6	Annual	0	44,360	44,361	66,540	66,541	77,630	77,631	88,720	88,721
	Mensual	0	3,697	3,698	5,545	5,546	6,469	6,470	7,393	7,394
	Semanal	0	853	854	1280	1281	1493	1494	1706	1707
7	Annual	0	50,040	50,041	75,060	75,061	87,570	87,571	100,080	100,081
	Mensual	0	4,170	4,171	6,255	6,256	7,298	7,299	8,340	8,341
	Semanal	0	962	963	1443	1444	1684	1685	1925	1926
8	Annual	0	55,720	55,721	83,580	83,581	97,510	97,511	111,440	111,441
	Mensual	0	4,643	4,644	6,965	6,966	8,126	8,127	9,287	9,288
	Semanal	0	1072	1073	1607	1608	1875	1876	2143	2144

Por cada miembro adicional del hogar añade:

\$5680 a Ingresos Anuales
\$473 a Ingresos Mensuales
\$109 a Ingresos Mensuales

Sliding Scale se basa en el ingreso total bruto de los hogares y el número de personas que residen en el hogar y que no pueden pagar NO será un obstáculo para los servicios y/o la atención.