



Una salud comunitaria cruzada

Información de descuento de tarifa variable

Es política de One Cross Community brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. One Cross Community 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

Dirección de casa

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

		Nombre	Fecha de nacimiento
Ser			
Otro			
Otro			
Otro			
Otro			



Fuente de ingresos	Ser	Orto	Total
Salarios brutos, salarios, propinas, trabajo por cuenta propia			
Desempleo, compensación laboral, seguridad social, ingresos de seguridad suplementarios, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o jubilación			
Intereses, dividendos, regalías, ingresos de propiedades en alquiler, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes			
Ingresos totales			
Orto			

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta

Nombre

Firma

fecha

Uso exclusivo de oficina

Patient Name

Approved Discount

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		



Descuento de tarifa variable - 2024

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	\$83,291 +
	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).

Exclusiones – Categoría 0

Médico

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

Exclusions – Category 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