

San Joaquin General Hospital
Instrucciones del Formulario de Asistencia Financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera en el Hospital General de San Joaquín.

Tenemos dos tipos de asistencia financiera: **Cuidado de Caridad** y **Pago con Descuento**. Puede calificar para atención gratuita o con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos. Para consultar nuestra póliza de asistencia financiera, visite <https://www.sanjoaquingeneral.org/help-paying-your-bill>.

¿Qué cubre la asistencia financiera? Si no es elegible para un programa de Gobierno y cumple con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados, podría calificar para recibir asistencia financiera. Ofrecemos asistencia financiera para ayudar a los pacientes que califican a pagar la atención médica según su necesidad económica. Esto incluye atención de emergencia, urgente o médicamente necesaria. Los pacientes que califican tendrán cubiertos algunos o todos sus costos, independientemente de si tienen cobertura médica o limitado, no tienen seguro médico o tienen un seguro insuficiente.

Los médicos que ejercen en el Hospital General de San Joaquín no están incluidos en esta política. Si necesita ayuda con su factura médica, deberá comunicarse con el consultorio privado del médico y hablar con el personal.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo asistencia con el idioma, llamando a nuestro Programa de Asistencia Financiera Médica al (209) 468-6679 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. También puede visitar el sitio web mencionado anteriormente.

Para que su solicitud sea procesada, debe:

- Proporcionarnos información sobre su familia
- Proporcionarnos información y documentación sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones). Consulte la sección "Ingresos y tamaño del hogar familiar" en la solicitud de asistencia financiera para obtener más información.
- Adjunte información o documentos adicionales si es necesario.
- Firme y anote la fecha en su formulario.

Envíe la solicitud completa y los documentos de respaldo por correo a:

San Joaquin General Hospital Attn: Medical Financial Assistance Program
500 West Hospital Road
French Camp, CA 95231

También puede presentar la solicitud y los documentos de respaldo personalmente en la misma dirección. Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y sus derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud completa y los documentos de respaldo. Si su solicitud está incompleta, recibirá una carta o una llamada solicitando los documentos necesarios para procesarla. Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que se realicen las consultas necesarias para confirmar sus obligaciones financieras y la información pertinente.

San Joaquin General Hospital

Recursos adicionales: La Alianza de Consumidores de Salud (HCA) es un recurso disponible para los pacientes que les ayuda a comprender el proceso de facturación y pago, así como la elegibilidad presunta de Covered California y Medi-Cal. HCA ofrece asistencia gratuita por teléfono o en persona. Para obtener más información, visite el sitio web de la Alianza de Consumidores de Salud en <https://healthconsumer.org>.

Servicios Comprables: En cumplimiento con la Ley de Facturación Sin Sorpresas (Título 45, sección 180.60 del Código de Regulaciones Federales), consulte la herramienta de servicios de compra del Hospital, disponible en <https://rca.centaurihs.com/ptapp/#9150f7c69ef6e33ccd3eab7900459e38729dcdbe49a0561ed9dd8d5b35f7449a>

Hospital General de San Joaquin
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial
Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificará para recibir
asistencia, incluso si la solicita

Por favor, complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Fecha de la Aplicación:	Fecha de Servicio:
Núm. de Seguro Social: (opcional)	☐ No tengo Núm. de Seguro Social
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento del Paciente:
Número de Cuenta:	Núm. de Teléfono: ☐ Casa ☐ Cel
Calle, Ciudad, Estado y Código Postal:	
¿El paciente se encuentra actualmente sin ☐ No ☐ Si vivienda?	

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame a nuestro Departamento de Asistencia Financiera Médica al (209) 468-6679, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Marque el tipo de asistencia financiera que le interesa solicitar:

- ☐ Atención de Beneficencia
☐ Programa de Pago con Descuento

Requisitos de ingresos para ambos programas:

Talones de pago actuales o la(s) declaración(es) de impuestos más reciente(s).

CUESTIONARIO:

Si

No

¿Necesita un intérprete? Si necesita, Anote el Lenguaje de Preferencia ____		
¿El paciente era residente de California en el momento del servicio?		
¿Los servicios médicos recibidos estuvieron relacionados con un accidente automovilístico, una lesión de un seguro a terceros o una indemnización por accidente de trabajo? <i>Sí es así, ¿Cuál es la fecha de la lesión?</i> _____		
¿El paciente tenía algún seguro médico activo en el momento del servicio?		

Hospital General de San Joaquin
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial
Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificara para recibir
asistencia, incluso si la solicita

¿El paciente era beneficiario activo de Medi-Cal en el momento del servicio? <i>Si es así, adjunte una copia de su Seguro medico o tarjeta de Medi-Cal a esta solicitud.</i>		
¿Está usted o estará discapacitado por más de un año?		
¿Es usted un veterano de las fuerzas armadas?		
Si es mujer, ¿le han diagnosticado cáncer de mama o cuello uterino?		
¿Está buscando ayuda para necesidades de salud reproductiva (<i>embarazo o solicitud de anticonceptivos?</i>)		
¿Tiene usted o algún miembro de su familia alguna otra condición para la cual está buscando tratamiento o necesita ayuda?		

Hospital General de San Joaquin
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial
Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificará para recibir
asistencia, incluso si la solicita

INGRESOS Y TAMAÑO DEL HOGAR FAMILIAR:

• Se deben declarar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Los ingresos incluyen los brutos (antes de impuestos y deducciones). Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: salarios, desempleo, trabajo por cuenta propia, compensación laboral, beneficios del seguro social y otras asistencias públicas.

• "Familia" se define como: (1) Pareja domestica registrada, hijos dependientes menores de 21 años de edad, y los hijos dependientes de cualquier edad si tienen alguna discapacidad; y (2) para personas menores de 18 años: la familia incluye al padre o madre del paciente cuidador, familiares, otros hijos (menores de 21 años de edad) de los padres o cuidador, y hijos dependientes de cualquier edad si tienen alguna discapacidad

Nombre de los Miembros de la Familia	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	Fuente de Ingresos o Nombre del Empleador	Monto basado en el Programa de Asistencia Financiera
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

- Se debe adjuntar prueba de ingresos con esta solicitud
 - Si declara ingresos de \$0, proporcione una declaración escrita que explique cómo usted (o el paciente) sobrevive económicamente, incluyendo quién le proporciona alimento, alojamiento, transporte, etc., y cuánto tiempo lleva sin ingresos.
-

Hospital General de San Joaquin
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial
Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificara para recibir
asistencia, incluso si la solicita

GASTOS ACTUALES (Últimos 12 meses desde la fecha de la solicitud)

Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

Gastos Mensuales del Hogar:

Gastos Médicos** (hospital, doctor, dental, visión, recetas, etc.)	\$	Primas de Seguro Médico** (medico, dental, visión)	\$
--	----	---	----

**** Proporcione todos los recibos/explicación de beneficios indicados anteriormente, ya sean pagados o no.**

INFORMACION ADICIONAL	
Adjunte una página adicional si hay información sobre su situación financiera actual que desea que conozcamos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos o ingresos estacionales o temporales.	
ACUERDO DEL PACIENTE	
Entiendo que el Hospital General de San Joaquín puede verificar la información mediante la revisión de su historial crediticio y la obtención de información de otras fuentes para determinar la elegible para recibir asistencia financiera o planes de pago.	
Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información que proporciono es falsa, se me podría denegar la asistencia financiera y podría ser responsable del pago de los servicios prestados. .	
Fecha:	(Firma del Solicitante o Responsable)
Fecha:	(Firma del Cónyuge)

Queremos ayudar. Envíe su solicitud lo antes posible.

Es posible que continúe recibiendo estados de cuenta hasta que recibamos su solicitud completa y los documentos de respaldo.