

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de Charity Care (atención de beneficencia) de El Camino Hospital. Llene, firme y devuelva la solicitud a nuestra oficina, junto con la documentación indicada a continuación:

(1) Presentar pruebas de ingresos es un requisito para todos los solicitantes y no se puede eximir.

Si el paciente es menor de 18 años de edad o tiene una discapacidad, se requieren pruebas de ingresos para ambos padre(s) o tutor(es) del paciente. Si el paciente es mayor de 18 años de edad, se requieren sus propias pruebas de ingresos. Si el paciente está casado o tiene una pareja de hecho/pareja de vida, también se deben recibir las pruebas de ingresos del cónyuge/pareja.

Los documentos que se consideran aceptables como pruebas de ingresos aparecen a continuación. Todos los solicitantes tienen que elegir una de las opciones a continuación para presentar junto con su solicitud.

- * Una copia de los dos comprobantes de pago más recientes de salario/seguro de desempleo/pensión/seguro de discapacidad
- * Una copia completa de la declaración de impuestos federales para el año impositivo más reciente (una declaración de impuestos conjunta se considera una prueba de ingresos tanto para el solicitante como para el cónyuge/pareja)
- * Una copia de un formulario W-2 o SSA1099 para el año impositivo más reciente

(2) Aviso de acción de Medi-Cal si el paciente/solicitante no tiene seguro médico. El Aviso de acción confirma si el paciente/solicitante cumple con los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal y lo emite Covered California/Medi-Cal directamente.

(3) Los pacientes con seguro médico deben presentar copias de los gastos médicos de bolsillo pagados durante los últimos 12 meses anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud. Favor de tomar en cuenta que ***para poder calificar por el programa de caridad, la suma de gastos de bolsillo pagados deben ser el 10% de su sueldo anual.***

Los documentos se pueden entregar a nuestra oficina de cualquiera de las siguientes maneras:

Escanear y enviar por correo electrónico a:

charity_care@elcaminohealth.org

Enviar por fax a:

650-966-9334 Attention: Charity Care

Enviar por correo postal/entregar personalmente a:

El Camino Health

Attn: Charity Care/Patient Financial Services

2505 Hospital Drive

Mountain View, CA 94040

Para su comodidad, puede encontrar una copia completa de nuestra Norma de ayuda financiera/atención de beneficencia en la página Financial Assistance (ayuda financiera) de nuestro sitio web: elcaminohealth.org.

Si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud, comuníquese con un miembro del Equipo de Servicio al Cliente al 650-940-7220 o al 800-665-6540. Nuestro personal está disponible para ayudarlo de lunes a viernes, de 9 de la mañana a 4 de la tarde.

Solicitud de Charity Care

Información sobre el paciente:

Número(s) de cuenta: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información sobre el solicitante (garante): Relación con el paciente: _____ Yo _____ Padre/madre/tutor

Nombre: _____ Número del Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

Estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____

Cantidad de dependientes: _____ Edad(es) del/de los dependiente(s): _____

Nombre del empleador/dirección/número de teléfono: _____

Ingreso familiar anual: \$ _____ (Se requiere documentación de los ingresos).

¿Cumple con los requisitos para obtener cobertura con un seguro de salud comercial? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora y su número de identificación: _____ Sí No

¿Cumple con los requisitos para obtener cobertura con Medicare? Si contesta que sí, proporcione su nivel de cobertura (A, B o ambos) y su número de identificación: _____ Sí No

¿Cumple con los requisitos para obtener cobertura de Medi-Cal u otro programa de ayuda médica estatal? Si contesta que sí, proporcione el condado de su cobertura y su número de identificación: _____ Sí No

¿Cumple con los requisitos para recibir cobertura de un seguro de viajero/fuera del país? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora y su número de identificación: _____ Sí No

¿Su tratamiento está relacionado con una lesión cubierta por Compensación al trabajador? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora y su número de reclamo: _____ Sí No

¿Su tratamiento está cubierto por un seguro de responsabilidad civil contra terceros, como por ejemplo una aseguradora de automóviles? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora o abogado y su número de caso o reclamo: _____ Sí No

¿Su tratamiento es el resultado de ser víctima de un incidente delictivo? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su trabajador del caso y su número de caso: _____ Sí No

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Se solicita Charity Care para: (llene todos los que corresponden)

- Cargos totales en la(s) cuenta(s) del/de los paciente(s) \$ _____
(Solo para los pacientes sin seguro)
- Saldo después del/de los pago(s) del seguro \$ _____
(Coseguro, copago, deducible)

Nota: los montos del costo compartido de Medi-Cal no son elegibles para el Programa de Charity Care.

Información adicional para tomar en cuenta:

Si el paciente/solicitante o sus familiares inmediatos* incurren en gastos médicos de bolsillo** con cualquier profesional médico que no sea de nuestro centro médico en el período de 12 meses antes de la fecha de la solicitud, el monto del gasto de bolsillo se podrá considerar en nuestra revisión. Se requerirá que el paciente/solicitante proporcione documentación (estados de cuenta) de los profesionales médicos para confirmar el monto indicado a continuación.

- Total de gastos de bolsillo \$ _____

*Usando la definición de la Oficina del Censo, una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntos y están emparentados por nacimiento, matrimonio o adopción. Para los fines de esta norma, la independencia se define como vivir fuera del hogar y estar casado, en el servicio militar o cumplir cualquiera de las demás condiciones de independencia, tal como se definen en la Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes (Free Application for Federal Student Aid, FAFSA) que está disponible en <http://www.fafsa.ed.gov>.

**Los gastos de bolsillo son todos los saldos de facturas médicas, coseguros, copagos o montos deducibles.

Nota: los montos del costo compartido de Medi-Cal no pueden incluirse como gastos de bolsillo.

El programa de Charity Care para nuestro centro médico no se aplica a los cargos cobrados por cualquier médico que pueda haber participado en su atención.

Afirmo que la información que he proporcionado es completa y precisa y acepto que su centro médico puede verificar esta información. Acepto notificar cualquier cambio en mis circunstancias financieras a su centro médico y a proporcionar, de ser solicitada, mi condición de elegibilidad para obtener seguro.

Acepto que su centro médico pueda divulgar la información contenida en esta solicitud a cualquier tercero que pueda ayudar a satisfacer mi solicitud de atención de beneficencia o descuentos por necesidad financiera.

Firma del paciente/solicitante _____ **Fecha** _____
(Si el paciente es menor de 18 años de edad, se requiere la firma de un padre o tutor)

Firma del representante del paciente _____ **Relación** _____
(Si el paciente no puede firmar debido a una enfermedad o discapacidad).