

Solicitud de ayuda económica - Instrucciones

Se adjunta una solicitud para el Programa de ayuda económica de El Camino Health. Llène, firme y envíe la solicitud a nuestra oficina, junto con la documentación indicada a continuación.

Elegibilidad: puede reunir los requisitos para recibir atención caritativa (descuento del 100 % en el pago) si: (1) no tiene seguro o sus gastos médicos son altos; y (2) el nivel de ingreso de su familia es igual o menor que el 400 % del nivel de pobreza federal. No tendremos en cuenta sus ahorros al analizar su solicitud. Si es elegible, no le cobraremos más que a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médicamente necesaria.

Documentación: es un requisito para todos los solicitantes que proporcionen un comprobante de ingresos. Los documentos aceptables como comprobante de ingresos son los siguientes:

- Declaración de impuestos reciente (o sea una declaración de impuestos que documente el ingreso del paciente para el año en que recibió su factura por primera vez o los 12 meses anteriores a esa fecha); o
- Recibos de sueldo recientes (o sea recibos de sueldo en un periodo de 6 meses antes o después de la fecha en que el paciente recibió la factura del hospital por primera vez, o, en el caso de presentar la solicitud antes del servicio, de la fecha de presentación de la solicitud).

Entrega: la solicitud llenada y los documentos de apoyo se pueden presentar en nuestra oficina de cualquiera de las siguientes maneras:

- **Escanear y enviar por correo electrónico:**
charity_care@elcaminohealth.org
- **Fax:**
ATTN: Charity Care
650-966-9334
- **Correo/buzón:**
ATTN: Charity Care / Patient Accounts Department
2505 Hospital Drive, 2nd Floor
Mountain View, CA 94040

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, llame a nuestro equipo de servicio al cliente del Departamento de Cuentas del Paciente de lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m., al **800-665-6540**. Tiene el derecho de recibir ayuda sin cargo con esta solicitud, como servicio de intérprete y traducción de documentos en su idioma, de ser necesario. Comuníquese con nosotros para recibir asistencia.

Aviso sobre sus derechos: la presentación de una solicitud de ayuda económica no afectará su derecho a recibir atención de emergencia o medicamento necesaria. Puede presentar una solicitud independientemente de su estado inmigratorio.

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA PARA EL PACIENTE

Fecha en que se recibió la solicitud (a ser completado por El Camino Health):

Núm. de cuenta/registro médico: _____

Nombre del paciente: _____

El Camino Health ofrece atención caritativa (gratis) a individuos que cumplen con los requisitos de nuestra política. Marque la casilla a continuación para indicar si prefiere no solicitar ayuda caritativa, y solo quiere pedir pagos con descuento.

☐ Los pacientes que solo solicitan ser parte de un programa de descuento (que no es gratis y no es ofrecido actualmente por El Camino Health) pueden recibir menos ayuda económica que la ofrecida por el programa de atención caritativa de El Camino Health. (Cal. Code Regs., tit. 22, s 96051.8(a)(2).) Reconozco que El Camino Health no tiene un programa de descuento, pero no quiero solicitar atención sin cargo.

Información del solicitante (garante):

Relación con el paciente: ☐ Paciente ☐ Padre/madre/tutor

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado, código postal: _____

Número(s) de teléfono: _____

Número del Seguro Social: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

Ciudad: _____

Número de teléfono: _____

Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono del empleador: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____
Número de dependientes _____ Edad(es) del/de los dependientes: _____
Ingresos anuales de la familia: \$ _____ (Se requiere un comprobante de ingresos).

Identifique por qué es elegible: no tiene seguro o tiene gastos médicos altos.

- ☐ No tengo seguro.
- ☐ Tengo gastos médicos que exceden el 10 % de mis ingresos.
(Llene la información a continuación).

A. Mi ingreso familiar actual o mi ingreso familiar en los últimos 12 meses (el que sea menor): _____

B. 10 % del ingreso familiar indicado en A: _____

C. Gastos anuales de bolsillo incurridos por el paciente en El Camino Health o gastos médicos de bolsillo anuales pagados por el paciente o la familia del paciente, con comprobantes (el que sea mayor): _____

Al firmar a continuación, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es cierta y correcta a mi/nuestro mejor saber y entender. Autorizo/autorizamos a El Camino Health a verificar cualquier información proporcionada en esta solicitud.

Firma del paciente/solicitante _____ **Fecha** _____
(Si el paciente es menor de 18 años, debe firmar uno de los padres o el tutor).

Firma del representante del paciente _____ **Fecha** _____

Relación _____
(Si el paciente no puede firmar debido a enfermedad o discapacidad).