



Solicitud de ayuda económica - Instrucciones

Se adjunta una solicitud para el Programa de ayuda económica de El Camino Health. Llene, 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).

Attention: If you need help in your language, please call 650-940-7000 or visit any El Camino Health location. Interpreter services are available 24/7. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio and other accessible electronic formats are also available. These services are free.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى الحصول على المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم: 650-940-7000، أو تفضل بزيارة موقع خدمات الترجمة الفورية متوفرة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. كما تتوفر أيضًا التسهيلات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الوثائق بطريقة برايل، والمطبوعات ذات الأحرف الكبيرة، والوسائط السمعية، وغيرها من التنسيقات الإلكترونية التي يمكن الحصول عليها. وهذه الخدمات مجانية تمامًا.

العربية | Arabic

Ուշադրություն: Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, ինդրում ենք զանգահարել 650-940-7000 հեռախոսահամարով կամ այցելել El Camino Health-ի ցանկացած մասնաճյուղ: Թարգմանչի ծառայությունները հասանելի են 24/7 գրաֆիկով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցները և ծառայությունները, ինչպիսիք են բրայլյան տառերով փաստաթղթերը, խոշոր տպագիրը, ձայնային և այլ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերը, նույնպես հասանելի են: Այս ծառայություններն անվճար են:

հայերեն | Armenian

សូមយកចិត្តទុកដាក់: បុរសិសបីអ្នកគួរការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទទេលទៅ 650-940-7000 ឬទៅកាន់ទីតាំង El Camino Health ណាមួយ។ មានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែ 24 ម៉ោង/7 ថ្ងៃ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ មានដូចជាឯកសារជាអក្សរសុទ្ធាប ការបោះពុម្ពជាអក្សរធំៗ សំឡេង និងទម្រង់អឡើងត្រូវនិកដល់អាចចូលមើលបានផ្សេងទៀតក៏មានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺ ឥតគិតថ្លៃ។
ភាសាខ្មែរ | Cambodian

請注意：如果您需要語言協助，請致電 650-940-7000 或走訪任何 El Camino Health 所在地。我們全天候提供口譯服務。我們還為殘障人士提供輔助工具和服務，例如點字、大字體、音訊和其他無障礙電子格式的文件。這些服務均免費提供。

繁體中文 | Chinese – Simplified

温馨提示：若您需要语言方面的帮助，请拨打 650-940-7000 或前往 El Camino Health 的任何站点现场咨询。我们提供 24/7 全天候的口译服务。此外，我们还为残障人士提供多种辅助设施和服务，包括盲文、大号字体、音频和其他无障碍电子格式的文档。所有这些服务均免费提供。

简体中文 | Chinese – Traditional

7000-940-650 El Camino Health تماس بگیرید یا به یکی از مکان‌های توجه: اگر به زبان خود به راهنمایی نیاز دارید، لطفاً با مراجعه کنید. خدمات مترجم شفاهی به صورت شبانه‌روزی در دسترس است. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای ناتوانی نیز در قالب اسناد با خط بریل، چاپ درشت، فای‌های صوتی و دیگر قالب‌های الکترونیکی در دسترس هستند. این خدمات رایگان هستند.

فارسی | Farsi

कृपया ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की ज़रूरत है, तो कृपया 650-940-7000 पर कॉल करें या El Camino Health के किसी केंद्र पर जाएं। दुभाषिया सेवाएं 24/7 उपलब्ध हैं। अक्षमताओं वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं जैसे ब्रैल, बड़े अक्षरों, ऑडियो और अन्य पहुंच योग्य इलेक्ट्रॉनिक फॉर्मेट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएं नॉ:शुल्क हैं।

हिन्दी | Hindi

Xa mus rau: Yog tias koj xav tau kev pab txhais ua koj hom lus, thov hu rau 650-940-7000 los sis mus saib ib lub chaw El Camino Health. Muaj kws txhais lus txhua txhua 24/7. Tej kev pab dawb thiab tej kev saib xyuas rau cov neeg tsis taus, xws li muab cov ntaub ntawv sau rau neeg dig muag xuas, muab luam tawm koj loj, muab tsim ua suab lus thiab tsim ua lwm yam ntaub ntawv tso hauv koo pij tawj, los kuj muaj rau sawv daws tib si. Tej kev saib xyuas no mas yog muab kev pab dawb xwb.

Hmong | Hmong

言語サポート 言語の支援が必要な方は、650-940-7000に電話いただくか、El Camino Healthの施設にお越しください。通訳サービスは24時間365日ご利用いただけます。点字、大きな文字、音声、その他アクセシブルな電子フォーマットなど、障がいのある方向けの支援ツールやサービスも提供しています。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

日本語 | Japanese

주의사항 : 언어에 도움이 필요하시면, 650-940-7000번으로 전화주시거나 엘 카미노 병원으로 방문해 주시기 바랍니다. 통역 서비스는 24시간 연중무휴로 제공됩니다. 장애인을 위한 문서, 점자, 큰 글씨, 오디오 및 기타 접근 가능한 전자 형식의 서비스 및 지원도 제공됩니다. 해당 서비스들은 무료입니다.
한국어 | Korean

Atenção: Caso precise falar com o suporte em seu idioma, ligue para o número 650-940-7000 ou visite qualquer estabelecimento da El Camino Health. Serviços de interpretação estão disponíveis 24 horas, 7 dias por semana. Recursos e serviços para pessoas com deficiência, como documentação em braille, textos com letras grandes, áudios e outras ferramentas digitais de acessibilidade, também estão disponíveis. Todos esses serviços são gratuitos.

Português | Portuguese

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 650-940-7000 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ El Camino Health ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਜਾਓ। ਦੁਬਾਰਾ 24/7 ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਅਪਾਰਜਤਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਲਿਪੀ, ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸੁਗਮ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਪੰਜਾਬੀ | Punjabi

Atenție: Dacă aveți nevoie de asistență în limba dumneavoastră, vă rugăm să apelați 650-940-7000 sau să vizitați orice locație El Camino Health. Sunt disponibile servicii de interpretariat 24 ore din 24, 7 zile din 7. De asemenea, sunt disponibile măsuri de asistență și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în Braille, font mare, format audio și alte formate electronice accesibile. Aceste servicii sunt gratuite.

Română | Romanian

Внимание: если вам требуется помощь на вашем родном языке, позвоните по телефону 650-940-7000 или посетите любое отделение El Camino Health. Услуги переводчиков доступны круглосуточно 7 дней в неделю. Кроме того, лица с ограниченными возможностями могут воспользоваться такими вспомогательными материалами и услугами, как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом, аудиозаписи и прочие доступные средства в электронных форматах. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Русский | Russian

Atención: Si precisa de ayuda en su idioma, llame al 650-940-7000 o visite cualquier ubicación de El Camino Health. Contamos con servicios de interpretación disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. También ofrecemos ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, con letra grande, en audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

Español | Spanish

Abiso: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, pakitawagan ang 650-940-7000 o bumisita sa anumang lokasyon ng El Camino Health. Available ang mga serbisyo ng interpreter 24/7. Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong naka-braille, malaking print, audio, at iba pang mga accessible na electronic format. Libre ang mga serbisyonang ito.

Tagalog | Tagalog

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทรติดต่อ 650-940-7000 หรือเข้าไปที่ El Camino Health สาขาใดก็ได้ มีบริการล่ามทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง มีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการไว้ให้บริการด้วย เช่น เอกสารเป็นอักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่รองรับให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้อื่น ๆ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

ภาษาไทย | Thai

Xin chú ý: Nếu quý vị cần trợ giúp về ngôn ngữ, vui lòng gọi số 650-940-7000 hoặc tới bất kỳ cơ sở nào của El Camino Health. Dịch vụ thông dịch được cung cấp 24/7. Chúng tôi cũng cung cấp các dịch vụ và trợ giúp cho người khuyết tật, ví dụ như tài liệu bằng chữ nổi Braille, bản in cỡ lớn, định dạng âm thanh và điện tử để truy cập khác. Các dịch vụ này đều miễn phí.

Tiếng Việt | Vietnamese