

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
Atención Caritativa y Asistencia de Pago con Descuento

Aviso y asistencia

Use esta solicitud para pedir Atención Caritativa o Asistencia de Pago con Descuento. Si no está seguro(a) de cuál programa solicitar, comuníquese con la Oficina de Negocios para recibir ayuda gratuita. Puede presentar su solicitud en cualquier momento antes, durante o después de recibir servicios hospitalarios.

La elegibilidad se basa en los Ingresos Familiares y el tamaño de la familia. Los bienes monetarios no se consideran. No proporcione números de cuentas bancarias, saldos, inversiones, cuentas de jubilación, valores de vivienda, valores de vehículos ni otra información sobre bienes. Hay asistencia gratuita de idiomas y formatos accesibles, incluidos braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, disponibles llamando al (213) 314-1492 o visitando la Oficina de Negocios.

Programa solicitado

Seleccione uno: Atención Caritativa Asistencia de Pago con Descuento Ambos / No estoy seguro(a)

Importante: Si solicita únicamente Asistencia de Pago con Descuento, puede recibir menos asistencia financiera que la que podría estar disponible para usted bajo el programa de Atención Caritativa. Si no está seguro(a), puede seleccionar "Ambos / No estoy seguro(a)" o comunicarse con la Oficina de Negocios para recibir ayuda gratuita.

Ubicación del hospital

Seleccione una: L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

Información del paciente

Fecha de servicio:	_____
Nombre del paciente:	_____
Fecha de nacimiento:	_____
Dirección postal:	_____
Ciudad / Estado / Código postal:	_____
Número de teléfono:	_____

Género: Masculino Femenino Otro / Prefiero no responder

Etnicidad - opcional y no se usa para determinar la elegibilidad:

Etnicidad: Blanco(a) Negro(a) Hispano/Latino Nativo Americano/Nativo de Alaska

Etnicidad continuada: Asiático/Isleño del Pacífico Otro Prefiero no responder

Programa, seguro y tamaño de la familia

Posible fuente de pago de terceros: Seguro privado Medi-Cal Medicare Pago por cuenta propia Otro Ninguno

Fuente principal de ingresos: Empleo Trabajo por cuenta propia Seguro Social Discapacidad Desempleo

Fuente principal de ingresos continuada: Jubilación/Pensión Asistencia pública Apoyo Otro Ninguno

No se le exige solicitar otra cobertura de salud antes de que el Hospital revise esta solicitud para Asistencia de Pago con Descuento.

Liste al paciente y a los miembros de la familia incluidos en el tamaño de la familia.

Nombre	Relación con el paciente	Edad	Género

Ingresos familiares

Liste los Ingresos Familiares como ingreso mensual o anual. Adjunte documentación de ingresos, si está disponible.

Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Cantidad anual
Salarios - Paciente	\$	\$
Salarios - Cónyuge / Pareja doméstica	\$	\$
Salarios - Otros miembros de la familia	\$	\$
Trabajo por cuenta propia / Ingresos agrícolas	\$	\$
Asistencia pública / Seguro Social / Discapacidad	\$	\$
Desempleo / Compensación laboral / Beneficios por huelga	\$	\$
Pensión alimenticia / Manutención de hijos / Asignaciones militares	\$	\$
Pensión / Jubilación	\$	\$
Dividendos, intereses, ingresos de renta u otros	\$	\$

Documentación de ingresos

Puede adjuntar talones de pago recientes o declaraciones de impuestos recientes. Si esos documentos no están disponibles, puede proporcionar otros documentos que muestren los Ingresos Familiares. El Hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no requiere ningún documento alternativo específico. Generalmente, talones de pago recientes significa talones dentro de los 6 meses antes o después de la primera factura del hospital, o dentro de los 6 meses de una solicitud previa al servicio. Generalmente, declaraciones de impuestos recientes significa declaraciones del año de la primera factura del hospital o de los 12 meses antes de la primera factura del hospital. No se requiere información sobre bienes y no se usará.

Información de servicio y cuenta

Tipo de servicio	Unidad de servicio	Cantidad / Descripción	Fecha
Hospitalización	Días de hospitalización	Monto facturado: \$ _____	
Servicios ambulatorios del hospital	Días ambulatorios	Pago cobrado: \$ _____	
Otro	Otros ajustes / Cancelaciones	\$ _____	
Responsabilidad del paciente		\$ _____	

Gastos - Opcional

La información sobre gastos no se requiere para la elegibilidad básica. Puede usarse para evaluar elegibilidad por altos costos médicos, opciones de plan de pago u otra asistencia.

Gasto	Cantidad mensual	Gasto	Cantidad mensual
Hipoteca / Renta	\$ _____	Seguro de salud	\$ _____
Servicios públicos / Teléfono	\$ _____	Facturas médicas / Hospital / Médicos	\$ _____
Alimentos	\$ _____	Medicamentos / Préstamos de auto / Otros	\$ _____

Información sobre bienes no requerida

Los bienes monetarios, referencias bancarias, números de cuenta, saldos de cuenta, saldos de inversiones, saldos de jubilación, valores de bienes raíces, valores de vehículos y otra información sobre bienes no se requieren y no serán considerados al determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

Cálculo de ingresos - Uso del hospital o asistencia al solicitante

Elemento de cálculo	Cantidad o valor
Ingreso bruto mensual total	\$ _____
Menos deducciones mensuales, si corresponde	\$ _____
Ingreso neto mensual ajustado	\$ _____
Tamaño de la familia	
Porcentaje del FPL, si se calcula	

Declaración del solicitante

Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Acepto informar al proveedor dentro de diez (10) días si hay cambios en mis ingresos, gastos, tamaño del hogar, miembros del hogar o dirección.

Entiendo que la información que proporciono se mantendrá confidencial según lo exige la ley.

Entiendo que la información sobre bienes no se requiere y no se usará para determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

Si recibo servicios de atención médica debido a un accidente o lesión, acepto reembolsar al proveedor de cualquier demanda o acuerdo relacionado con ese accidente o lesión, en la medida permitida por la ley.

Firma del solicitante / Representante autorizado	Fecha
_____	_____

Revisión del hospital y determinación por escrito

El Hospital revisará la solicitud completa y proporcionará una determinación escrita de elegibilidad.

Decisión: Aprobado Denegado Se necesita más información

Comentarios: _____

Firma del revisor / Fecha: _____

Uso exclusivo del hospital

La elegibilidad debe basarse en los Ingresos Familiares y el tamaño de la familia. No use bienes monetarios ni otra información sobre bienes. Si el paciente parece ser elegible para asistencia financiera o solicita asistencia, siga la política del Hospital antes de referir la cuenta a cobranza.

Preguntas o información sobre quejas

Para preguntas o ayuda con la solicitud, comuníquese con la Oficina de Negocios al (213) 314-1492. Si cree que se le negó incorrectamente la asistencia financiera, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias del Estado de California en HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov.