



Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera

Si necesita ayuda para pagar su factura médica, es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera de Oak Valley Hospital District. Cualquier persona cuyo ingreso familiar sea igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza y que no tenga seguro o que tenga gastos médicos altos puede ser elegible para la atención de caridad (gratuita) o con descuento del hospital. Para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera, siga las instrucciones a continuación para completar la solicitud de asistencia financiera, incluida la presentación de la documentación de respaldo, según corresponda.

Usted puede ser elegible para programas gubernamentales como Medi-Cal y otros programas de asistencia médica financiados por el gobierno. Además, puede obtener solicitudes para la cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios de salud de California: www.coveredca.com o a través de la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Stanislaus llamando al (877) 652-0734 o en <http://www.csa-stanislaus.com>.

1. Llenado del formulario: complete todas las secciones del formulario de solicitud adjunto. Si alguna sección no se aplica a usted, escriba N/A (no aplica) en el espacio proporcionado.

2. Atención con descuento: para los efectos de determinar la elegibilidad para la atención con descuento, le solicitamos que presente documentación sobre ingresos limitada a (i) comprobantes de pago de los seis meses anteriores o posteriores a la primera facturación al paciente o (ii) declaraciones de impuestos del año en que el paciente recibió la primera factura o de los 12 meses anteriores a esto. Es posible que los pacientes que presentan una solicitud solo para la atención con descuento reciban menos asistencia financiera que la que podría estar disponible para ellos bajo el programa de atención de caridad. Si solo desea presentar una solicitud para la atención con descuento, complete las páginas dos y tres y firme y feche la página seis de la solicitud.

3. Atención de caridad (gratuita): para los efectos de determinar la elegibilidad para la atención de caridad, podemos solicitar que presente documentación sobre todos los activos monetarios (excepto estados de cuenta de planes de jubilación o compensación diferida). Además, podemos requerir exenciones o liberaciones del paciente o de su familia autorizando al hospital a obtener información de la cuenta de instituciones financieras o comerciales, o de otras entidades que posean o mantengan los bienes monetarios, hasta su valor. Complete toda la solicitud y escriba N/A en las secciones que no le sean aplicables.

4. Presentación: si tiene preguntas, llame a su ejecutivo de cuentas al 209-848-5366. Envíe por correo o entregue personalmente su solicitud completada a: Oak Valley Hospital District, attn.: Patient Financial Services Department - Financial Assistance 350 South Oak Ave., Oakdale, CA 95361.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE

Para la atención con descuento, complete las páginas 2 y 3 y firme y feche la página 5.

Para la atención de caridad, complete la solicitud en su totalidad (de la página 2 a la 5).

N.º DE CUENTA/HISTORIA CLÍNICA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE:			APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
NOMBRE DEL PACIENTE SI NO ES LA PERSONA RESPONSABLE:				N.º DE SEGURO SOCIAL:	
DIRECCIÓN:				TELÉFONO:	
CUIDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:				TELÉFONO DEL TRABAJO/CELULAR:	
EMPLEADOR:		PERSONA DE CONTACTO/ N.º DE TELÉFONO		OCUPACIÓN:	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE					
NOMBRE: APELLIDO			PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	N.º DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:				TELÉFONO:	
CUIDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:				TELÉFONO DEL TRABAJO/CELULAR:	
EMPLEADOR:		PERSONA DE CONTACTO/ N.º DE TELÉFONO:		OCUPACIÓN:	
ENUMERE TODOS LOS DEPENDIENTES					
NOMBRE		RELACIÓN		EDAD	

INGRESO MENSUAL		
	PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE	CÓNYUGE
SALARIOS BRUTOS (antes de las deducciones)		
OTROS INGRESOS:		
INTERESES Y DIVIDENDOS		
RENTA/ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES		
SEGURO SOCIAL		
DESEMPLEO/ DISCAPACIDAD		
PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS		

Para la atención con descuento únicamente, puede pasar a la página 5 para firmar y fechar.

Para la atención de caridad, complete el resto de la solicitud y firme y feche en la página 5.

GASTOS MENSUALES	
RENTA/HIPOTECA	
PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	
ALIMENTO/SUMINISTROS	
GUARDERÍA/ESCUELA	
SERVICIOS PÚBLICOS (gas, electricidad, agua, teléfono, etc.)	
PRIMAS DE SEGUROS (médico, vivienda, automóvil)	
PAGOS DE AUTOMÓVIL	
GASTOS DE TRANSPORTE (combustible, costos de reparación)	
PAGOS DE TARJETAS DE CRÉDITO/PRÉSTAMOS PERSONALES	
PAGOS POR ATENCIÓN MÉDICA ACTUALES	
OTROS (proporcione descripción)	
BIENES	
EFFECTIVO EN MANO	
CUENTA CORRIENTE*	
CUENTA DE AHORROS*	
CUENTAS DE FIDEICOMISO	
OTRAS FUENTES (ACCIONES, BONOS)	
* SUCURSAL(ES) DEL BANCO Y NÚMEROS DE CUENTA	

Al firmar abajo, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según mi/nuestro leal saber y entender.

Autorizo/Autorizamos a Oak Valley Hospital District a verificar cualquier información incluida en esta solicitud.

Firma del paciente_____

Fecha_____

Firma del cónyuge_____

Fecha_____

Padre/madre/tutor_____

Fecha_____