



Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera

Si necesita ayuda para pagar su factura médica, podría ser elegible para recibir asistencia financiera de Oak Valley Hospital District. Las personas con ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del Nivel Federal de Pobreza que no cuenten con seguro médico o que tengan gastos médicos elevados pueden ser elegibles para la atención caritativa (gratuita) o con descuento del hospital. Para determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, siga las instrucciones que se indican a continuación para rellenar la solicitud de ayuda económica, incluida la presentación de la documentación acreditativa, según proceda.

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

- 1. Cómo completar la solicitud:** complete todas las áreas del formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no se le aplica a usted, escriba N/A (no aplicable) en el espacio correspondiente.
- 2. Atención caritativa (gratuita) o con descuento:** a los efectos de determinar la elegibilidad para recibir atención con descuento, le solicitamos que presente documentación de ingresos limitada a (i) recibos de sueldo de los seis meses anteriores o posteriores a la primera facturación al paciente o (ii) declaraciones de impuestos del año en que se facturó al paciente por primera vez o de los 12 meses anteriores a la fecha en que se facturó al paciente por primera vez. Los pacientes que solo soliciten atención con descuento pueden recibir menos ayuda financiera de la que podrían tener a su disposición en el marco del programa de atención caritativa.
- 3. Presentación:** si tiene alguna pregunta, llame a su representante de cuentas al 209-848-5366. Envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente cumplimentada a Oak Valley Hospital District Attn: Patient Financial Services Department – Financial Assistance 350 South Oak Ave. Oakdale, CA 95361.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA AL PACIENTE

CUENTA/REGISTRO MÉDICO N.º: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE:	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE
NOMBRE DEL PACIENTE SI NO ES LA PARTE RESPONSABLE:			N.º DEL SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:			TELÉFONO DEL TRABAJO/MÓVIL:
EMPLEADOR:	PERSONA DE CONTACTO/TELÉFONO:		OCUPACIÓN:
DATOS DEL CÓNYUGE			
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	N.º DEL SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:			TELÉFONO DEL TRABAJO/MÓVIL:
EMPLEADOR:	PERSONA DE CONTACTO/TELÉFONO:		OCUPACIÓN:
INDIQUE TODOS LOS DEPENDIENTES			
NOMBRE		VÍNCULO	EDAD

INGRESOS MENSUALES		
	PACIENTE/ RESPONSABLE	CÓNYUGE
SALARIO BRUTO (antes de deducciones)		
OTROS INGRESOS:		
INTERESES Y DIVIDENDOS		
ALQUILER/ARRENDAMIENTO INMOBILIARIO		
SEGURO SOCIAL		
DESEMPLEO/ DISCAPACIDAD		
PENSIÓN ALIMENTICIA/ MANUTENCIÓN DE HIJOS		

Al firmar abajo, yo/nosotros declaro/declaramos que todos los datos facilitados son verdaderos y correctos a mi/nuestro leal saber y entender.

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a Oak Valley Hospital District a verificar todos los datos indicados en esta solicitud.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del cónyuge _____

Fecha _____

Padre/Tutor _____

Fecha _____