



## Solicitud de asistencia financiera - Instrucciones

Si necesita ayuda para pagar su factura médica, puede ser elegible para recibir asistencia financiera de Eastern Plumas Health Care (EPHC). Cualquier persona cuya familia tenga ingresos iguales o inferiores al 400 % del Nivel Federal de Pobreza y que esté sin seguro médico o tenga altos costos médicos, puede ser elegible para la atención de caridad (gratuita) o con descuento del hospital. Para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, siga las instrucciones a continuación para completar la solicitud de asistencia financiera, incluida la presentación de documentación de respaldo, según corresponda.

Puede ser elegible para programas gubernamentales como Medi-Cal y otros programas de asistencia médica financiados por el gobierno. Además, puede obtener solicitudes de cobertura ofrecidas a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California: [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) o llame a nuestra Oficina de Asesoramiento Financiero al 530-832-6500.

**1. Instrucciones:** por favor complete todas las áreas del formulario de solicitud adjunto. Si algún área no le corresponde, escriba N/C (no corresponde) en el espacio provisto.

**2. Atención de caridad (gratuita) o con descuento:** con el fin de determinar la elegibilidad, le solicitamos que presente documentación de ingresos limitada a (i) recibos de sueldo correspondientes a un periodo de hasta seis meses antes o después de la fecha en que se emitió la primera factura al paciente; o (ii) declaraciones de impuestos sobre los ingresos del año en que se facturó por primera vez al paciente o 12 meses anteriores a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente. Eastern Plumas Health Care puede aceptar, pero no exige que usted presente, otras formas de documentación de ingresos.

**3. Presentación:** si tiene preguntas, por favor llame a su representante de cuentas al 530-832-6500.

Envíe por correo o entregue su solicitud completa en persona a:

Eastern Plumas Health Care

**ATENCIÓN: Financial Counseling Office**

500 First Ave Portola, CA, 96122

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES

Por favor marque el tipo de asistencia financiera que le interesa solicitar:

- Atención de caridad (gratis)
- Programa de pago con descuento (monto reducido). Los pacientes que soliciten únicamente el programa de pago con descuento pueden recibir menos asistencia financiera que la que puede estar disponible para ellos bajo el programa de atención de caridad.

**NÚMERO DE CUENTA/REGISTRO MÉDICO:** \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE:	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NOMBRE DEL PACIENTE, SI NO ES LA PARTE RESPONSABLE:			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:			TELÉFONO DE TRABAJO/CELULAR:
EMPLEADOR:			OCUPACIÓN:
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE			
NOMBRE: APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:			TELÉFONO DE TRABAJO/CELULAR:
EMPLEADOR:			OCUPACIÓN:

<b>LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA<sup>1</sup></b>		
<b>NOMBRE</b>	<b>RELACIÓN</b>	<b>EDAD</b>

<b>INGRESOS MENSUALES (DEBE ESTAR POR DEBAJO DEL 400 % DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA PARA ELEGIBILIDAD).</b>		
	<b>PACIENTE/PARTE RESPONSABLE</b>	<b>CÓNYUGE</b>
SALARIO BRUTO (antes de deducciones)		
<b>OTROS INGRESOS</b>		
INTERESES Y DIVIDENDOS		
ALQUILER/ARRENDAMIENTO DE BIENES RAÍCES		
SEGURIDAD SOCIAL		
DESEMPLEO/ DISCAPACIDAD		
PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS		

<sup>1</sup> La familia se define como:

- i) Para personas de 18 años de edad o más, cónyuge, pareja de hecho, hijos dependientes menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si tiene una discapacidad, ya sea que viva en el hogar o no, y
- ii) para personas menores de 18 años de edad o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, padre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si tiene una discapacidad, del padre, madre o pariente cuidador.

<b>POR FAVOR IDENTIFIQUE LOS MOTIVOS PARA LA ELEGIBILIDAD</b>
<b>(NO DEBE ESTAR ASEGURADO O DEBE TENER COSTOS MÉDICOS ALTOS)</b>
<p><b>¿No tiene seguro?</b></p> <p style="text-align: center;">Sí: <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NO: <input type="checkbox"/></p>
<p><b>¿Tiene costos médicos altos? Los costos médicos altos se definen en la Política de asistencia financiera; generalmente significa que usted gastó más del 10 % de sus ingresos anuales durante los últimos 12 meses en gastos médicos.</b></p> <p style="text-align: center;">Sí: <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Si cree que tiene altos costos médicos debido a los gastos incurridos por proveedores <b>distintos a Eastern Plumas Health Care</b>, por favor proporcione documentación que respalde dichos gastos médicos.</p>

**Al firmar a continuación, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según mi/nuestro conocimiento.**

**Autorizo/autorizamos a Eastern Plumas Health Care a verificar cualquier información que se incluya en esta solicitud.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Padre/madre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_