

**FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA
PACIENTES DE BAJOS RECURSOS
QUE NO TIENEN SEGURO
PREGUNTAS FRECUENTES**

¿Cómo puedo saber si reúno los requisitos para recibir asistencia financiera para mis facturas médicas del hospital?

La afiliada ofrece asistencia financiera a nuestros pacientes de bajos recursos que no tienen seguro y que cumplen con los requisitos de elegibilidad del programa. Consulte la tabla que se encuentra en el reverso de esta notificación para conocer los criterios de elegibilidad según el ingreso familiar.

Si su ingreso familiar es menor al 400% de las Pautas Federales de Pobreza según el Ingreso (Federal Poverty Income Guidelines, FPIG), es posible que reúna los requisitos para recibir un 100% de Cuidados de beneficencia por su factura del hospital.

La cobertura médica para casos de catástrofes también se encuentra disponible para pacientes de bajos recursos que no tienen seguro cuyas facturas médicas elegibles superan el 15% del ingreso familiar anual del paciente.

El Patient Financial Services Department comenzará el proceso de determinación de elegibilidad cuando reciba un formulario de solicitud completado junto con sus documentos de verificación del ingreso. No presentar una solicitud completada y la documentación respaldatoria en forma oportuna puede dar lugar a que se rechacen los cuidados de beneficencia.

¿Cómo solicito asistencia financiera?

Complete el formulario adjunto y envíelo a la Patient Financial Services Office a la siguiente dirección:
CPMC Patient Financial Services
PO Box 7999
San Francisco, CA 94120
Phone: 415-600-7280
Fax: 415-600-7105

Junto con su solicitud, debe proporcionar la documentación relacionada con el ingreso, como la declaración de impuestos, los recibos de pago, el historial de salario del empleador, para procesar su solicitud de cuidados de beneficencia.

La Patient Financial Services Office procesará su solicitud, y es posible que necesite comunicarse con usted como parte del proceso de solicitud y para solicitarle información adicional. Si necesita ayuda para completar el formulario, llame al 415-600-7280.

¿Cómo funciona el proceso de notificación?

Una vez que el proceso de elegibilidad esté completo, recibirá un formulario de Notificación de asistencia financiera por correo. El formulario indicará si es elegible para recibir asistencia financiera total o parcial. Es posible que reciba una notificación que indique que no es elegible para recibir asistencia financiera o

que se necesita más información para tomar una decisión.

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 DIRECCIÓN _____
 NÚM. DE CUENTA _____
 NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____

CÓNYUGE _____
 TELÉFONO _____

(Paciente) (Cónyuge)

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Indique todos los dependientes que se encuentran a su cargo

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador _____ Puesto _____

Persona de contacto y teléfono _____

Si trabaja de forma independiente, indique el nombre del comercio: _____

Empleador del cónyuge _____ Puesto _____

Persona de contacto y teléfono _____

Si trabaja de forma independiente, indique el nombre del comercio: _____

INGRESO MENSUAL ACTUAL

	Paciente	Cónyuge
Remuneración bruta (antes de las deducciones)	_____	_____
<i>Sumar:</i> Ingreso del comercio que opera (si trabaja de forma independiente)	_____	_____
<i>Sumar:</i> Otros ingresos:	_____	_____
Intereses y dividendos	_____	_____
De bienes raíces o bienes muebles	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Otro (especificar):	_____	_____
Pensión alimenticia o pagos por manutención recibidos	_____	_____
<i>Restar:</i> Pensión alimenticia, pagos por manutención pagados	_____	_____
<i>Igual:</i> Ingreso mensual actual	_____	_____
Ingreso mensual actual total	_____	_____
(sumar el ingreso del paciente y el del cónyuge que aparecen más arriba)	_____	_____

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Cantidad total de integrantes de la familia (incluir paciente, cónyuge y dependientes que aparecen más arriba)

Al firmar este formulario, acepto permitir a Sutter Health verificar el historial de empleo y crédito, a los fines de determinar mi elegibilidad para un descuento financiero. Comprendo que es posible que se me pida dar una constancia de la información que proporciono.

(Firma del paciente o garante)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)

Escala Variable de las Pautas Federales de Pobreza según el Ingreso de Sutter Health

**Guía de Elegibilidad correspondiente al período del 1° de julio de 2006 al 30 de junio de 2007:
Usando el ingreso del grupo familiar y el tamaño de la familia que se calculó en el Adjunto A,
identifique la elegibilidad para el descuento financiero.**

Tamaño de la familia	Período	Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) (100%)	Si el ingreso es menor al 200% (se muestra más abajo) de las FPIG, es elegible para una <i>exención total</i>	Si el ingreso es mayor al 200% pero menor al 400% (se muestra más abajo) de las FPG, es elegible para una <i>exención parcial</i>
1	Anual	\$9,800	\$19,600	\$39,200
	Mensual	\$817	\$1,634	\$3,268
2	Anual	\$13,200	\$26,400	
	Mensual	\$1,100	\$2,200	\$4,400
3	Anual	\$16,600	\$33,200	
	Mensual	\$1,384	\$2,768	\$5,536
4	Anual	\$20,000	\$40,000	
	Mensual	\$1,667	\$3,334	\$6,668
5	Anual	\$23,400	\$46,800	
	Mensual	\$1,950	\$3,900	\$7,800
6	Anual	\$26,800	\$53,600	
	Mensual	\$2,234	\$4,468	\$8,936
7	Anual	\$30,200	\$60,400	
	Mensual	\$2,517	\$5,034	\$10,068
8	Anual	\$33,600	\$67,200	
	Mensual	\$2,800	\$5,600	\$11,200

Por cada integrante de la familia adicional, agregue \$3,400 para el ingreso anual y \$284 para el mensual.

Guía de Elegibilidad correspondiente al período del 1° de julio de 2007 al 30 de junio de 2008.

1	Anual	10,210	\$20,420	\$40,840
	Mensual	\$851	\$1,702	\$3,403
2	Anual	13,690	\$27,380	\$54,760
	Mensual	\$1,141	\$2,282	\$4,563
3	Anual	17,170	\$34,340	\$68,680
	Mensual	\$1,431	\$2,862	\$5,723
4	Anual	20,650	\$41,300	\$82,600
	Mensual	\$1,721	\$3,442	\$6,883
5	Anual	24,130	\$48,260	\$96,520
	Mensual	\$2,011	\$4,022	\$8,043
6	Anual	27,610	\$55,220	\$110,440
	Mensual	\$2,301	\$4,602	\$9,203
7	Anual	31,090	\$62,180	\$124,360

	Mensual	\$2,591	\$5,182	\$10,363
	Anual	34,570	\$69,140	\$138,280
8	Mensual	\$2,881	\$5,762	\$11,523

Por cada persona adicional, agregue \$3,480 para el ingreso anual y \$290 para el mensual.