

**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)