



## **Resumen de Información de Facturación Importante para Pacientes Sin Seguro o Insuficientemente Asegurados**

Gracias por escoger a Tri-City Health Care District para sus servicios hospitalarios. Este material informativo está diseñado para ayudar a nuestros pacientes a comprender nuestro proceso de facturación, las opciones de pago, y los servicios disponibles.

Asistencia Financiera (Cuidado de Caridad/Atención Caritativa, en inglés Charity Care) está disponible si usted no tiene los recursos para pagar sus gastos hospitalarios y no califica para ningún programa gubernamental. Cualquier paciente no asegurado que indique incapacidad para pagar será evaluado para el cuidado de caridad. Además, a discreción del Hospital, cualquier paciente asegurado que indique incapacidad para pagar lo que es su responsabilidad después de que su seguro haya pagado será evaluado para el cuidado de caridad.

Esta información aplica solamente a su factura/cuenta del hospital y no incluye ninguna factura recibida de los médicos, anesthesiólogos, exámenes de laboratorio, profesionales clínicos, compañías de ambulancia, etc. que podrían facturarle separadamente por sus servicios.

Como se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, Capítulo 2.5 de la División 107, a un médico de emergencia que provee servicios médicos de emergencia en un hospital, también se le requiere por ley proveer descuentos al paciente o a los pacientes no asegurados.

**Elegibilidad para Medi-Cal y Programa Gubernamental:** Usted podría ser elegible para recibir beneficios de un programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno. Tri-City Health Care District (el distrito de salud Tri-City) tiene personal disponible para asistirle con la solicitud para asistencia gubernamental para pagar su factura de hospital. Este centro también contrata con una compañía que podría asistirle aún más de ser necesario. Para asistencia, favor de contactar al 760-940-7059 o al 760-940-7064.

**Programa de Asistencia Financiera de Tri-City Health Care District:** Los pacientes sin seguro o los pacientes que no tengan la capacidad de pagar sus facturas podrían ser elegibles para la asistencia de caridad. La elegibilidad para recibir esta caridad se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. El Formulario de Solicitud de Evaluación para Asistencia Financiera va anexo. Si usted tiene alguna pregunta o si a usted le gustaría efectuar el pago por teléfono, por favor entre en contacto con la Oficina de Facturación al 760-940-7329.

**Asistencia Financiera del Condado de San Diego:** El 2-1-1 de San Diego puede ayudarle a localizar asistencia financiera para los pagos de su factura de electricidad, gastos médicos, programas públicos, consultas acerca de préstamos hipotecarios y más. Usted puede comunicarse con el programa llamando al 2-1-1 desde el teléfono de su casa, teléfono celular, o mediante este enlace:

<http://211sandiego.org/financial-assistance>

### **¿Cómo Aplico para Asistencia Financiera?**

Usted puede obtener un formulario de solicitud para asistencia financiera en el Departamento de Acceso de Pacientes o llamando a la Oficina de Facturación al 760-940-7329. La Oficina de Facturación le enviará por correo el formulario para que usted lo llene, incluyendo instrucciones acerca de dónde enviarlo por correo una vez que esté completo, conjuntamente con la documentación requerida acerca de sus ingresos. Un formulario de solicitud también va anexo y lo puede encontrar en la última página de este material informativo. Para procesar su solicitud de caridad, con su solicitud usted tiene que proporcionar (enviar) una declaración de impuestos reciente, talones/comprobantes de pago de sueldo, historial de su salario (sueldo) por parte de su empleador, etc.

La Oficina de Facturación procesará su solicitud y, como parte de este proceso, podría necesitar contactarle y solicitar información adicional. Si usted necesita ayuda para llenar el formulario, por favor llame al 760-940-7329.

### **¿Cómo funciona el proceso de notificación?**

Una vez que el proceso de elegibilidad esté completo, usted recibirá una carta de notificación de asistencia financiera por correo. El formulario indicará si usted es elegible para asistencia financiera completa o parcial. Usted podría recibir una notificación indicando que no es elegible para asistencia financiera o que es necesario obtener más información para poder tomar una determinación. Si usted aplicó al mismo tiempo para otro programa de cobertura médica, su solicitud para recibir asistencia financiera podría retenerse (quedar pendiente) hasta que se haya determinado el resultado de esa solicitud.

### **Instrucciones para Completar la Solicitud para Asistencia Financiera:**

A razón de poder determinar si usted califica para cuidado de caridad u otra asistencia financiera, por favor llene el formulario de evaluación para asistencia financiera que va anexo. Además, pedimos copias de los siguientes documentos:

- Talones/comprobantes de pago de sueldo vigentes (válidos/actuales) u otras declaraciones de ingreso de todos los miembros de la familia.
- Estados de cuentas bancarias vigentes de todos los miembros de la familia.
- Declaración de impuestos del año anterior.
- Gastos domésticos mensuales no incluidos en el formulario de solicitud.

Una vez que estén completos, el formulario de solicitud y los documentos de apoyo que lo acompañan pueden entregarse a cualquier miembro del equipo de registro, al cajero, o al personal de servicios financieros.

# EVALUACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA - FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PACIENTE



Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO		1 <sup>ER</sup> NOMBRE	2 <sup>O</sup> NOMBRE
DIRECCIÓN DEL PACIENTE		# DE EXPEDIENTE MÉDICO	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	#DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	TAMAÑO DE LA FAMILIA (REQUERIDO)	
APELLIDO DE SOLTERA U OTRO APELLIDO		# DE TELÉFONO ( )	
NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO	#DE TELÉFONO: ( )	# TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
TELÉFONO DE EMERGENCIA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	# DE TELÉFONO MÓVIL ( )	

PARTE RESPONSABLE		CÓNYUGE	
NOMBRE	OCUPACIÓN	NOMBRE	OCUPACIÓN
EMPLEADOR (DESCRIBA SI ES INDEPENDIENTE)	#DE SEGURO SOCIAL	EMPLEADOR (DESCRIBA SI SE AUTOEMPLEA)	#DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN	
NOMBRE DEL SUPERVISOR		NOMBRE DEL SUPERVISOR	
TELÉFONO	AÑOS EN ESE EMPLEO	TELÉFONO	AÑOS EN ESE EMPLEO
SUELDO (REQUERIDO) \$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL		SUELDO (REQUERIDO) \$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	

ACTIVOS/BIENES	OBLIGACIONES/GASTOS
DINERO EN EFECTIVO DISPONIBLE .... \$ _____	PAGOS DE HIPOTECA ..... \$ _____
CUENTA DE CHEQUES ..... \$ _____	PRIMA DE SEGUROS/ASEGURANZA (AUTO/SALUD/CASA) ..... \$ _____
CUENTA DE AHORROS ..... \$ _____	IMPUESTOS ..... \$ _____
CUENTA DE UNA COOPERATIVA DE CRÉDITO (CREDIT UNION ACCOUNT) ..... \$ _____	SERVICIOS (GAS, ELECTRICIDAD, AGUA, ETC.) .... \$ _____
VALOR DE SUS PROPIEDADES ..... \$ _____	PAGOS DE AUTOMÓVIL ..... \$ _____
VEHÍCULOS DE MOTOR QUE POSEE .... \$ _____	COMIDA ..... \$ _____
MARCA: _____ AÑO _____	PAGO DE ALQUILER DE CASA SI ALQUILA .... \$ _____
MARCA: _____ AÑO _____	OTRAS OBLIGACIONES: (INCLUYA OTRA HOJA SI ES NECESARIO)
DUEÑO DE CASA - VALOR ESTIMADO .. \$ _____	DESCRÍBALAS                      PAGO                      BALANCE
OTRAS FUENTES, (ACCIONES Y BONOS) ..... \$ _____	_____
	_____
SUCURSAL(ES) DE BANCO(S) Y NÚMERO(S) DE CUENTA	

YO/NOSOTROS POR LA PRESENTE DECLARO/DECLARAMOS, BAJO PENA DE PERJURIO CONFORME A LAS LEYES DE CALIFORNIA, QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA.

\_\_\_\_\_ FIRMA(S)                      \_\_\_\_\_ FECHA

**SOLO PARA USO INTERNO • FOR PA USE ONLY**

350% FPL \_\_\_\_\_ APPROVED:  YES  NO BY WHOM: \_\_\_\_\_

IF PARTIAL AMOUNT: \$ \_\_\_\_\_