



## Tri-City Medical Center

### Programa de Solicitud de Asistencia Financiera

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. Si usted necesita ayuda para llenar el formulario, por favor llame al 760-940-5912.

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

**Calificaciones de asistencia financiera:** Todas las fuentes de financiamiento de la solicitud deben cumplirse y determinarse previamente, como Medi-Cal y otros programas estatales o del condado. Su solicitud de asistencia financiera puede quedar pendiente si ha solicitado otro programa de cobertura médica al mismo tiempo hasta que se haya determinado el resultado de esa solicitud.

- Pacientes que no tienen una fuente de pago de terceros, como una compañía de seguros o un programa gubernamental, para cualquier parte de sus gastos médicos y tienen un ingreso familiar igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza.
- Pacientes que están cubiertos por un seguro pero que tienen (i) ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza; y (ii) gastos médicos para ellos o su familia (incurridos en el afiliado del hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que excedan el 10% del ingreso familiar del paciente.
- Pacientes que están cubiertos por un seguro pero agotan sus beneficios antes o durante su estadía en el hospital y tienen un ingreso familiar igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza.

**Se Requiere Prueba de Ingresos:** Junto con su solicitud, adjunte la siguiente información o una explicación de por qué esta información no está disponible. La documentación faltante puede retrasar el proceso de su solicitud y podría resultar en una denegación de asistencia financiera.

- Tres (3) meses de recibos de sueldo u otras declaraciones de ingresos del empleador actual para todos los miembros de la familia.
- Todos los extractos bancarios actuales de todos los miembros de la familia.
- Declaración de impuestos del año anterior
- Gastos mensuales del hogar no incluidos en la solicitud

Una vez completada, la solicitud y los documentos de respaldo se pueden enviar a cualquier miembro del equipo de registro, cajero o equipo de servicios financieros para pacientes.

**Proceso de Notificación de Asistencia Financiera:** 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.

Atentamente,

Tri-City Medical Center - Financial Assistance Team



# Tri-City Medical Center

## Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Fecha de Aplicacion: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento
Dirección	Teléfono
Ciudad, Estado,Código postal	Número de Cuenta

### Esposa o Padre/Guardián (si el paciente es menor de 18 años) Información

Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento
Dirección (si no es el mismo que el paciente)	Teléfono
Ciudad, Estado,Código postal	Relación con el Paciente

### Otra información para Padres (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento:
Dirección (si no es el mismo que el paciente)	Teléfono
Ciudad, Estado,Código postal	Relación con el Paciente

### Preguntas Adicionales (Por favor circule Sí o No)

¿Era el paciente residente de California en el momento del servicio?	Sí	No
¿Tenía el paciente seguro médico al momento del servicio?	Sí	No
¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio?	Sí	No
**Si respondió afirmativamente a las preguntas 2 o 3, adjunte una copia de su tarjeta de seguro o Medicaid a esta solicitud.		

### Hogar familiar/ Dependientes (Indique el número de miembros de la familia que viven en su casa.)

Nombre	Relación con el paciente	Edad



# Tri-City Medical Center

## Ingreso Bruto Mensual (Enumere TODOS los ingresos de adultos de los miembros de la familia en el hogar)

Ingreso Bruto Mensual (Antes de los impuestos) Fuentes	Paciente	Miembros de la familia
Empleo/Autoempleo	\$	\$
Seguridad Social	\$	\$
Discapacidad	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Pensión, Jubilación, Anualidad	\$	\$
Pensión Alimenticia/Manutención Infantil	\$	\$
Otra	\$	\$
Ingreso mensual total combinado: \$		
Si no tiene ingresos mensuales, adjunte una declaración escrita que explique cómo usted o el paciente se hacen cargo de sus gastos mensuales, incluido quién proporciona comida, alojamiento, transporte, etc. y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.		

## Activos y Gastos Mensuales

Gastos Mensuales		Activos Mensuales	
Alquiler/Hipoteca	\$	Saldo de Cuenta Corriente	\$
Utilidades	\$	Saldo de la cuenta de ahorro	\$
Pagos de Automóviles	\$	Propiedad Empresarial	\$
Gastos Médicos	\$	Acciones y Bonos	\$
Primas de seguros (vida, hogar, automóvil, médico)	\$	Bienes inmuebles (excluyendo residencia principal)	\$
Ropa, Comestibles, Artículos para el hogar	\$	Otra	\$
Otras deudas/gastos (manutención infantil, préstamos, otros)	\$		
Gastos Totales	\$	Activos Totales	

Mi firma a continuación certifica que todo lo que he indicado en esta solicitud es correcto y está sujeto a revisión bajo auditoría. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, se me puede negar la asistencia financiera y puedo ser responsable de pagar los servicios prestados.

El Nombre del Aplicante

Firma del Aplicante

Fecha

### Envíe su solicitud completa y los documentos requeridos a:

Tri-City Medical Center  
 Patient Accounting  
 4002 Vista Way  
 Oceanside, CA 92056