



## Tri-City Medical Center

### Formulario de solicitud de ayuda

La asistencia financiera (cuidados caritativos) está a su disposición si no dispone de recursos para pagar sus gastos hospitalarios y no cumple los requisitos para acogerse a ningún programa gubernamental. Todo paciente no asegurado que indique su incapacidad para pagar será evaluado para recibir cuidados caritativos. Además, a discreción del Hospital, cualquier paciente asegurado que indique una incapacidad para pagar su responsabilidad después de que su seguro haya pagado será examinado para la atención de caridad. Si necesita ayuda para completar el formulario, llame al (760) 940-5912.

#### **Instrucciones para completar la solicitud de asistencia financiera:**

**Calificaciones para Asistencia Financiera:** Todas las fuentes de financiación 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 en suspenso si ha solicitado otro programa de cobertura médica al mismo tiempo hasta que se haya determinado el resultado de dicha solicitud. Pacientes que no tienen una tercera fuente de pago, como una compañía de seguros o un programa gubernamental, para ninguna 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 tienen (i) ingresos familiares iguales o inferiores al 400% del nivel federal de pobreza; **y** (ii) gastos médicos propios o de su familia (incurridos en la filial del hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que superan el 10% de los ingresos familiares del paciente.

Pacientes que están cubiertos por un seguro pero agotan sus prestaciones antes o durante su estancia en el hospital, y tienen unos ingresos familiares iguales o inferiores 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 no dispone de esta información. La falta de documentación puede retrasar el proceso de su solicitud y podría resultar en la denegación de la ayuda financiera.

Últimos seis (6) recibos de sueldo del empleador actual u otras declaraciones de ingresos de todos los miembros de la familia.

Formulario de declaración de impuestos (1040) del año en curso.

Una vez cumplimentada, la solicitud y los documentos acreditativos pueden entregarse a cualquier miembro del equipo de registro, al cajero o al equipo de servicios financieros para pacientes.

#### **Proceso de notificación de asistencia financiera:**

Una vez completado el proceso de elegibilidad, recibirá por correo una carta de notificación de asistencia financiera. En ella se le indicará si reúne los requisitos para acogerse al Programa de Pago Completo o al Programa de Pago con Descuento. Es posible que reciba una notificación en la que se le indique que no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera o que se necesita más información para decidir, por ejemplo, la determinación.

Atentamente,

Tri-City Medical Center - Equipo de asistencia financiera



## Tri-City Medical Center

### Formulario de solicitud de asistencia financiera

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

#### Información del paciente

|  |  |
|--|--|
| Nombre del Paciente (Apellido, Nombre) | Fecha de Nacimiento                    |
| Dirección                              | Número de teléfono                     |
| Ciudad, Estado, Código Postal          | Número de historia clínica o de cuenta |

#### Información del cónyuge o padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Nombre (Apellido, Nombre)                         | Fecha de nacimiento       |
| Dirección (si no es la misma que la del paciente) | Número de teléfono        |
| Ciudad, Estado, Código Postal                     | Relación con el paciente: |

#### Información de los padres (si el paciente es menor de 18 años)

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Nombre (Apellido, Nombre)                         | Fecha de nacimiento       |
| Dirección (si no es la misma que la del paciente) | Número de teléfono        |
| Ciudad, Estado, Código Postal                     | Relación con el paciente: |

#### Preguntas adicionales (marque Sí o No)

|   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Residía el paciente en California en el momento de recibir el servicio?   | Sí | No |
| 2. ¿Tenía el paciente seguro médico en el momento del servicio?   | Sí | No |
| 3. ¿Era el paciente beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio?   | Sí | No |
| 4. ¿Fueron sus lesiones causadas por un tercero (por ejemplo, durante un accidente de coche o un resbalón y caída)?       | Sí | No |
| 5. ¿Tiene algún otro seguro que pueda aplicarse (como una póliza de automóvil)?   | Sí | No |
| *Si ha contestado <b>Sí</b> a las preguntas 2 ó 5, adjunte a esta solicitud una copia de su tarjeta de seguro o Medicaid. |    |    |

#### Familia/dependientes (Indique el número de miembros de la familia que viven en su casa)

| Nombre | Relación con el paciente | Edad |
|--------|--------------------------|------|
|        |                          |      |
|        |                          |      |
|        |                          |      |



# Tri-City Medical Center

Ingresos brutos mensuales (Enumere TODOS los ingresos de adultos de los miembros de la familia en el hogar)

| Fuentes de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)  | Paciente | Miembros de la familia |
|--|----------|------------------------|
| Empleo/Autónomo  | \$       | \$                     |
| Seguridad Social   | \$       | \$                     |
| Discapacidad   | \$       | \$                     |
| Desempleo  | \$       | \$                     |
| Pensión, jubilación, anualidad   | \$       | \$                     |
| Pensión alimenticia  | \$       | \$                     |
| Otros  | \$       | \$                     |
| <b>Total de ingresos mensuales combinados: \$</b>  |          |                        |
| <b>Si no tiene ingresos mensuales, adjunte una declaración por escrito en la que explique cómo usted o el paciente se hacen cargo de sus gastos mensuales, incluyendo quién le proporciona comida, alojamiento, transporte, etc. y cuánto tiempo lleva sin ingresos.</b> |          |                        |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### FIRMA

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

---

|                               |                              |              |
|-------------------------------|------------------------------|--------------|
| <b>Nombre del solicitante</b> | <b>Firma del solicitante</b> | <b>Fecha</b> |
|-------------------------------|------------------------------|--------------|

**Por favor envíe su solicitud completa y los documentos requeridos a:**

Contabilidad de Pacientes de  
Tri-City Medical Center  
4002 Vista Way Oceanside, CA 92056  
760-940-7329



## Tri-City Medical Center

### PAUTAS DE POBREZA DE 2025 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA

| Personas en la familia/hogar | Límite de pobreza (100%) | Pautas de pobreza (400%) |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                            | \$0 - \$15.650           | \$62.600                 |
| 2                            | \$0 - \$21.150           | \$84.600                 |
| 3                            | \$0 - \$26.650           | \$106.600                |
| 4                            | \$0 - \$32.150           | \$128.600                |
| 5                            | \$0 - \$37.650           | \$150.600                |
| 6                            | \$0 - \$43.150           | \$172.600                |
| 7                            | \$0 - \$48.650           | \$194.600                |
| 8                            | \$0 - \$54.150           | \$216.600                |

Para familias/hogares con más de 8 personas, añadir 6.880 \$ por cada persona adicional.