

## Community Hospital of San Bernardino Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es la solicitud para acceder a asistencia financiera en una instalación de *CommonSpirit Health*.

**CommonSpirit Health ofrece asistencia financiera** a personas y familias que cumplen con ciertos requisitos en cuanto a sus ingresos. Es posible que califique para acceder a atención gratuita o atención con descuento en función de la composición y los ingresos de su familia, incluso si tiene seguro de salud. Se ofrece asistencia a aquellos pacientes cuyos ingresos familiares son inferiores al 500 % según lo establecido en el Nivel Federal de Pobreza. Para obtener más información sobre las Pautas del Nivel Federal de Pobreza, visite <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera hospitalaria cubre servicios adecuados que se prestan en el hospital y que se encuentran a cargo de CommonSpirit Health según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención de salud, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

**Si quiere hacer alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Puede obtener ayuda por el motivo que sea, como discapacidad y asistencia con el idioma en: 909-806-1317

**Para que se procese su solicitud, debe:**

- Proporcionar información sobre su familia**
- Proporcionar información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación sobre los ingresos familiares**
- Proporcionar documentación correspondiente a activos familiares**
- Adjuntar información adicional (en caso de ser necesario)**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: No tiene número de Seguro Social para postularse para acceder a asistencia financiera.** Si nos informa su número de Seguro Social, podremos agilizar el procesamiento de su solicitud. Se utilizan los números de Seguro Social para verificar la información que usted nos proporciona. Si no tiene número de Seguro Social, marque la opción "No corresponde" o "N/C".

**Envíe la solicitud completa por correo o fax con toda la documentación a:** Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Dr., San Bernardino, CA 92412. Fax: 909-887-4164. Asegúrese de quedarse con una copia.

**Para presentar la solicitud completa personalmente:** Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive, San Bernardino, CA 92411

Le informaremos la decisión final respecto de la elegibilidad y los derechos de apelación, en caso de que corresponda, en un lapso de treinta (30) días calendario con posterioridad a la recepción de la solicitud completa de asistencia financiera, incluida la documentación sobre ingresos.

Al enviar la solicitud de asistencia financiera, nos otorga su consentimiento para realizar las consultas que consideremos necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información proporcionada.

**Queremos ayudar. Envíe su solicitud a la brevedad.**

**Es posible que reciba facturas hasta que obtengamos su información.**

**Community Hospital of San Bernardino**  
**Formulario de solicitud de asistencia financiera: confidencial**

*Complete la información en detalle. Si no corresponde, seleccione la opción "N/C". Si es necesario, adjunte las páginas adicionales.*

**INFORMACIÓN DE SELECCIÓN**

¿Necesita intérprete?  **Sí**  **No** *Si responde "Sí", indique su idioma de preferencia:*

¿Se ha postulado el paciente para Medicaid?  **Sí**  **No** *Tal vez, sea necesario que se postule antes de ser tenido en cuenta para acceder a asistencia financiera.*

¿Recibe el paciente servicios públicos del estado, como estampillas de alimentos o WIC (Mujeres, Bebés y Niños)?  
 **Sí**  **No**

¿Se encuentra el paciente en este momento en situación de calle?  **Sí**  **No**

¿Está relacionada la atención médica del paciente con un accidente de automóvil o un accidente laboral?  **Sí**  **No**

Mencione los hospitales de Dignity Health o CommonSpirit Health en los que recibió tratamiento:

**NOTA**

- No podemos garantizarle que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si se postula.
- Una vez enviada la solicitud, verificaremos toda la información y es posible que le pidamos información adicional o prueba de sus ingresos.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL POSTULANTE**

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
Fecha de nacimiento	Números de cuenta del paciente:		Número de Seguro Social del paciente (opcional*)
Responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional*)
Dirección postal			Número de contacto principal ( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico:

Ciudad Estado Código postal	
-----------------------------	--

Situación de empleo del responsable de pagar la factura

**Empleado** (fecha de contratación: \_\_\_\_\_)
  **Desempleado** (hace cuánto tiempo está desempleado: \_\_\_\_\_)

**Independiente**
 **Estudiante**
 **Discapacitado**
 **Jubilado**
 **Otro** ( \_\_\_\_\_ )

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Mencione los integrantes de su familia que forman parte del hogar, incluido usted. La familia del paciente incluye:

- En el caso de personas de 18 o más años de edad, un cónyuge, pareja de hecho y los niños dependientes menores de 21 años de edad, vivan o no en la casa.
- En el caso de personas menores de 18 años, un padre, familiares encargados del cuidado y otros hijos menores de 21 años del padre o del familiar encargado del cuidado.

**COMPOSICIÓN FAMILIAR** \_\_\_\_\_ *Si es necesario, adjunte las páginas adicionales.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: Ingresos brutos totales mensuales (antes de impuestos):	¿También se postula para recibir asistencia financiera?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

**Deben divulgarse los ingresos de todos los adultos de la familia. Entre las fuentes de ingresos, pueden mencionarse:**

- Salarios - Desempleo - Independiente - Compensación de los trabajadores - Discapacidad - SSI
- Ayuda para hijos/cónyuge - Programas de estudio laborales (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación
- Otros (*identifique:* \_\_\_\_\_)

## Community Hospital of San Bernardino

### Formulario de solicitud de asistencia financiera: confidencial

#### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir las pruebas de sus ingresos junto con la solicitud.

Debe proporcionar información sobre el ingreso familiar. Se requiere comprobación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

**Los miembros de la familia mayores de 18 años deben informar sus propios ingresos. Aporte pruebas de cada fuente de ingresos identificada.**

**Entre los ejemplos de pruebas de ingresos, pueden mencionarse:**

- Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior, incluidos los programas, en caso de que corresponda; o
- Declaración de retención "W-2"; o
- Comprobantes de pago actuales (3 meses); o
- Declaraciones firmadas y por escrito de empleadores u otros; Y
- Aprobación o rechazo de elegibilidad para asistencia médica de Medicaid o financiada por el gobierno; o
- Aprobación o rechazo de elegibilidad para compensación por desempleo.

En caso de no tener pruebas de ingresos, o bien, no tener ingresos, adjunte una página adicional con una declaración firmada en la que explique cómo sustenta sus gastos de vida básicos (como vivienda, alimentos y servicios públicos).

#### INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

**RECUERDE:** Debe incluir una prueba de los activos junto con la solicitud.

Debe proporcionar información sobre todos los activos que sean propiedad de cada uno de los miembros de su familia. Se requiere una comprobación de activos para determinar la asistencia financiera.

**Los miembros de la familia mayores de 18 años deben informar sus propios recursos financieros disponibles. Aporte pruebas de cada fuente de activos identificada. Entre los ejemplos de pruebas de ingresos, pueden mencionarse:**

- Extractos bancarios vigentes (correspondiente a los últimos 3 meses)
  - Cuenta(s) corriente(s)
  - Caja(s) de ahorro(s)
- Inversiones, como acciones y bonos
- Fondos fiduciarios
- Cuentas de mercado de dinero

- Fondos mutuos
- Otros fondos de inversión que no implicarán una sanción en caso de que se retiren los fondos.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional en caso de disponer de más información sobre su situación financiera actual respecto de la cual quiere que tengamos conocimiento, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o estacionales, o pérdidas personales.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Comprendo que, para verificar la información, CommonSpirit Health podrá revisar la información de crédito y obtener información de otras fuentes a modo de respaldo para determinar la elegibilidad para acceder a asistencia financiera o planes de pago.

- Declaro que la información proporcionada es exacta y verdadera de acuerdo a mi leal saber y entender.
- Yo, de manera independiente o con la ayuda del personal del hospital, me postularé para acceder a TODO TIPO de asistencia que pueda estar disponible a través de fuentes privadas y gubernamentales federales, locales y estatales para obtener ayuda para pagar la factura de atención médica.
- Comprendo que, en caso de no colaborar con CommonSpirit Health respecto de la presentación de la información solicitada, podrá procederse al rechazo de mi solicitud.
- Comprendo que la información que proporciono se encuentra sujeta a verificación por parte de CommonSpirit Health, incluidas agencias de informes crediticios, y por parte de organismos federales y/o estatales, u otros, según se requiera.
- Comprendo que podrá solicitarse información adicional para calificar para la asistencia.

Si recibe un pago de una compañía de seguros, de un plan de compensación de trabajadores, o cualquier otro tercero, usted acepta notificar al hospital sobre dicho pago. El hospital mantiene su derecho de cobrar los cargos facturados completos originales si un tercero le realizara un pago por los servicios del hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que se postula

\_\_\_\_\_  
Fecha