



CHINESE HOSPITAL

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

Solicitud de Ayuda Financiera (Altos Costos Médicos) o Descuento por Atención Caritativa

Las personas que solo solicitan la elegibilidad para el programa de pago con descuento pueden recibir menos ayuda financiera que la que puede estar disponible para ellos bajo el programa de cuidado de caridad (22 CCR Sección 96051.8(a)(2)).

Nombre del paciente:	Fecha de servicio:
Número de paciente:	

Parte Responsable

Nombre	Estado Civil	Número de Seguro Social
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	¿Cuánto tiempo tiene en esta dirección?	Teléfono residencial
Nombre y dirección del empleador		Teléfono de la compañía
Posición/Título	Ingreso Mensual - Bruto	Ingreso Mensual - Neto
Tiempo que tiene en el empleo actual		

SECTION A - For patients 18 years or older only

Cónyuge o pareja de hecho Pacientes (Para pacientes de cualquier edad)

Nombre	Número de Seguro Social	
Nombre y dirección del empleador	Teléfono de la compañía	
Posición/Título	Ingreso Mensual - Bruto \$	Ingreso Mensual - Neto \$
Tiempo que tiene en el empleo actual		



CHINESE HOSPITAL

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

Dependientes de cualquier edad

Nombre y fecha de nacimiento de todos los dependientes en el hogar	Número total de dependientes
--	------------------------------

Niños discapacitados de cualquier edad

Nombre y fecha de nacimiento de todos los niños discapacitados de cualquier edad en el hogar	Número total de niños discapacitados de cualquier edad
--	--

SECCIÓN B - Para pacientes menores de 18 años

Padre o pariente cuidador (Para pacientes de cualquier edad)

Nombre		Número de Seguro Social
Nombre y dirección del empleador		Teléfono de la compañía
Posición/Título	Ingreso Mensual - Bruto \$	Ingreso Mensual - Neto \$
Tiempo que tiene en el empleo actual		

Adicionales para padres (Para pacientes menores de 18 años)

Nombre	Número de Seguro Social
Nombre y dirección del empleador	Teléfono de la compañía



CHINESE HOSPITAL

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

Posición/Título	Ingreso Mensual - Bruto \$	Ingreso Mensual - Neto \$
Tiempo que tiene en el empleo actual		

Otros hijos de cualquier edad del padre

Nombre y fecha de nacimiento de todos los niños del hogar	Número total de niños de cualquier edad
---	---

Niños discapacitados de cualquier edad

Nombre y fecha de nacimiento de todos los niños discapacitados de cualquier edad en el hogar	Número total de niños discapacitados de cualquier edad
--	--



CHINESE HOSPITAL

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

SECCIÓN C: Para TODOS los Pacientes

Ingreso Familiar del Paciente Por Mes

Ingresos del Trabajo	\$	Compensación de Trabajadores	\$
Beneficios por Desempleo	\$	Manutención de los hijos/Pensión alimenticia	\$
Seguro Social	\$	Ingresos por alquiler	\$
Discapacidad	\$	Otro	\$

Gastos Familiares del Paciente por Mes

Pago de Hipoteca / Alquiler	\$	¿Es dueño de su casa? (Sí / No):	
Saldo de la hipoteca	\$		
Comida	\$	Médico / Dental	\$
Servicios públicos	\$	Doctor - Nombre	\$
Electricidad	\$	Doctor - Nombre	\$
Gas	\$	Doctor - Nombre	\$
Agua / Alcantarillado	\$	Tarjetas de crédito	\$
Basura	\$	Límite de Visa	\$
Teléfono	\$	Límite de MasterCard	\$
Cable	\$	Límite de Discover	\$
Pagos automáticos	\$	Otro límite	\$
Gastos de Auto	\$	Préstamos a plazos	\$
Seguro	\$	Manutención de los hijos / Pensión alimenticia	\$
Prima del auto	\$	Gastos varios	\$
Seguro de vida	\$		
Seguro de enfermedad	\$		
OFFICE USE ONLY		Que yo sepa, la información proporcionada anteriormente es cierta. Autorizo que el Hospital o su agente obtengan un informe del Buró de crédito para verificar mi situación financiera.	
Gross Income _____			
Net Income _____			
Total Expenses _____			
Total Net Income/(Loss) _____			
		PACIENTE/GARANTE	
		FIRMA / FECHA	

Verificación de ingresos para Cuidado con descuento y Cuidado Caritativo

- a) Con el fin de determinar la elegibilidad para el Cuidado caritativo, la documentación de ingresos puede incluir el formulario W-2 del IRS, SSA-1099 u otros indicadores apropiados de ingresos. Alternativamente, aunque no es obligatorio, Chinese Hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, como las declaraciones de ganancias del año actual W-2 o 1099 y/o la carta de asignación de Seguro Social actual.



CHINESE HOSPITAL

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

Anexo A

Fecha

Nombre del paciente/garante

Dirección del paciente/garante

RE: Número de cuenta:
Nombre del paciente:
Fechas de servicio:
Saldo de la cuenta:

- Su cuenta ha sido revisada para posiblemente recibir Ayuda financiera. Después de revisar toda la documentación financiera enviada, se ha determinado que usted cumple con los requisitos de elegibilidad para Cuidado caritativo en esta cuenta. La documentación que proporcionó respalda un ingreso familiar del paciente igual o inferior al 200% del Nivel federal de pobreza. No tiene ningún pago adicional adeudado.
- Su cuenta ha sido revisada para posiblemente recibir Ayuda financiera. Después de revisar toda la documentación financiera enviada, se ha determinado que usted cumple con los requisitos de elegibilidad para Pago con descuento en esta cuenta. La documentación que proporcionó respalda un ingreso familiar del paciente inferior al 400% del Nivel federal de pobreza. (Saldo de la cuenta) es la parte restante, que es su responsabilidad de pagar. Consulte la declaración actualizada adjunta que explica la factura reducida. Llame al (415) 677-2314 para realizar su pago y para obtener información adicional sobre planes de pago razonables, si corresponde.
- Su cuenta ha sido revisada para posiblemente recibir Ayuda financiera. Después de revisar toda la documentación financiera enviada, se determinó que usted no cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera en esta cuenta. La documentación que ha proporcionado no respalda un ingreso inferior al 400% del Nivel federal de pobreza.
- Le enviamos varias solicitudes de información adicional para completar la revisión de su solicitud de Ayuda financiera. Debido a que no hubo respuesta a nuestras solicitudes, su solicitud de Ayuda financiera es rechazada.

Si usted cree que esta decisión es un error, tiene derecho a presentar una apelación. Su apelación debe hacerse por escrito, dirigirse al Director de Servicios Financieros para Pacientes y enviarse por correo a la dirección que aparece en esta carta.



CHINESE HOSPITAL

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros al (415) 677-2314 durante el horario normal de oficina.

Coordinador de Facturación
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
Chinese Hospital
(415) 677-2314

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE QUEJAS DE FACTURAS DEL HOSPITAL:
VISITE www.chinesehospital-sf.org/financial-assistance

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a entender el proceso de facturación y pago. Usted puede llamar a Health Consumer Alliance al (888) 804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.