

USCArcadia Hospital

Keck Medicine of USC

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

La siguiente es la Solicitud para el Programa de Asistencia financiera. Esta solicitud, política y otra información relacionada también están disponibles traducidas a los siguientes idiomas escritos: mandarín (chino estándar) y español.

Methodist Hospital of Southern California (MHSC) ofrece Asistencia financiera para ayudar a aquellos que pueden calificar para reducir o eliminar su obligación de costo de atención. Adjunto encontrará una solicitud para facilitar una evaluación de sus dificultades financieras. Usted debe completar la solicitud para ser considerado para el programa de asistencia financiera y debe presentar la solicitud dentro de los seis meses posteriores a la fecha en que recibió los servicios que está solicitando.

Cómo solicitar el Programa de Asistencia financiera

Debe cumplir con los siguientes criterios para ser elegible para el Programa de Asistencia financiera:

Tipos de atención: debe recibir servicios médicamente necesarios.

Otras fuentes de pago: le recomendamos que solicite cualquier fuente de asistencia financiera médica del sector privado o público para la que sea elegible, como Medi-Cal o Healthy Families. Es posible que deba enviar documentación de su solicitud (o de la aprobación o denegación de su solicitud) a esas fuentes. Para los servicios recibidos que son el resultado de un accidente, debe demostrar que no hubo un acuerdo antes de que se pueda considerar la asistencia financiera.

Ingreso: el ingreso de su hogar debe ser igual o inferior al 400% de las Directrices Federales de Pobreza (FPG). Si su situación financiera cumple con los criterios de elegibilidad establecidos por el Programa de Asistencia financiera de MHSC, usted puede ser elegible para la condonación total o parcial de la deuda.

Federal Poverty Guideline 2023					
Percent Discount		100%	75%	50%	25%
Household/ Family Size	100%	200%	267%	335%	400%
	1	\$ 14,580	\$ 29,160	\$ 38,929	\$ 48,843
2	\$ 19,720	\$ 39,440	\$ 52,652	\$ 66,062	\$ 78,880
3	\$ 24,860	\$ 49,720	\$ 66,376	\$ 83,281	\$ 99,440
4	\$ 30,000	\$ 60,000	\$ 80,100	\$ 100,500	\$ 120,000
5	\$ 35,140	\$ 70,280	\$ 93,824	\$ 117,719	\$ 140,560
6	\$ 40,280	\$ 80,560	\$ 107,548	\$ 134,938	\$ 161,120
7	\$ 45,420	\$ 90,840	\$ 121,271	\$ 152,157	\$ 181,680
8	\$ 50,560	\$ 101,120	\$ 134,995	\$ 169,376	\$ 202,240

Circunstancias especiales: si tiene costos médicos inusualmente altos o ha experimentado un evento catastrófico, usted puede ser elegible para el Programa de Asistencia financiera en circunstancias especiales, independientemente de si cumple con los requisitos de ingresos familiares descritos arriba. Para calificar, deberá proporcionar documentación de ingresos y copias de los gastos médicos directos durante los últimos 12 meses que indiquen que estos gastos equivalen al 10% o más de su ingreso bruto anual. Tenga en cuenta que no todos los gastos médicos califican para la asistencia financiera. Las exclusiones incluyen, pero no se limitan a, gastos de primas y cuotas, aparatos ópticos y auditivos, suministros médicos, clases de educación para la salud, transporte, medicamentos de venta libre y medicamentos para el estilo de vida (fertilidad, cosméticos, etc.).

Documentación requerida: para poder procesar esta solicitud requerimos los siguientes documentos:

- La solicitud adjunta completada en su totalidad.
- Debe firmar y fechar la solicitud de asistencia financiera. Si el paciente/garante y/o cónyuge proporciona información, ambos deben firmar la solicitud.
- Copia de su cheque de alquiler, contrato de arrendamiento o pago de hipoteca más reciente pagado.
- Copia de los dos últimos recibos de pago de cualquier salario devengado que contribuya al ingreso familiar.
- Copia de sus dos estados de cuenta bancarios más recientes (monetaria/ahorros).
- Copia de su declaración de discapacidad, pago del seguro social, aviso de desempleo de beneficios elegibles y estado de cuenta bancario que refleje los depósitos.
- Si no tiene una fuente de ingresos o documentos de constancia de ingresos, proporcione una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo y a su familia. Esta es una declaración escrita y firmada por un familiar o amigo que le brinda alojamiento y comida y/o ingresos.
- Copia de su declaración de impuestos más reciente, incluyendo todos los anexos aplicables presentados al *Internal Revenue Service*. Si su declaración de impuestos más reciente no está disponible, necesitaremos uno de los siguientes:
 - Carta de adjudicación del Seguro Social.
 - Constancia de no presentación del IRS (llame al 800-829-1040 para solicitar una copia).
 - Si no ha presentado una declaración de impuestos federal actual y ha solicitado una prórroga de impuestos, incluya las declaraciones de impuestos del año anterior.

Asegúrese de enviar solo fotocopias ya que no se le devolverán los originales. Tendrá la oportunidad de apelar la decisión si se deniega su solicitud. Se requerirá documentación corregida y/o adicional para respaldar su solicitud de apelación. Al finalizar su solicitud, la notificación de su determinación se enviará por correo a la dirección registrada.

Envíe su Solicitud para la Asistencia financiera y los documentos requeridos:

- **Correo:** *Methodist Hospital of Southern California Attention: Business Office – Financial Assistance Program, 300 West Huntington Drive, Arcadia, CA 91066-6016*
- **Fax seguro:** 626-821-6917
- **Correo electrónico:** Carol.Mcclary@methodisthospital.org

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con el Representante de Servicio al Cliente, al 626-574-3594. Una vez que hayamos revisado su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por escrito lo antes posible. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm PST.

SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ # de cuenta _____

Garante del paciente (Información de la persona responsable)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil: **M** (Casado/a), **S** (Soltero/a), **D** (Divorciado/a), **W** (Viudo/a): _____

	Personal	Cónyuge
# de Seguro Social		
Fecha de nacimiento		
Empleado por		
Dirección del empleador		
Ocupación		

Enumere TODAS las personas que viven en su hogar: incluyendo los dependientes (adjunte una hoja adicional si es necesario):

	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el solicitante
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Enumere todas las fuentes de ingresos anuales:

	Personal	Cónyuge
Ingreso bruto		
Seguro Social/SSI/SSDI		
Ingreso de pensión		
Asistencia pública		
Ingreso de propiedades de alquiler		
Ingresos de trabajadores por cuenta propia		
Apoyo por desempleo		
Pagos de Compensación de trabajadores		
Manutención de los hijos		
Otro		
Total		

Enumere todos los activos (valor de mercado de los bienes que usted o su cónyuge poseen)

Cuentas corrientes	\$	Valor de la vivienda	\$
Cuentas de ahorros	\$	Otros bienes inmobiliarios	\$
Cuentas fiduciarias	\$	Empresas propias	\$
Cuentas de inversión	\$	Franquicia	\$
Otras cuentas	\$	Otros activos importantes	\$

Gastos médicos

Si el ingreso de su hogar supera el 400% de las Directrices Federales de Pobreza (FPG) o si está solicitando asistencia financiera por circunstancias especiales, debe completar esta sección.

Proporcione copias de los recibos y/o facturas detalladas de los gastos médicos directos adeudados o pagados en los últimos 12 meses

	Responsabilidad del paciente después del pago de seguro		Responsabilidad del paciente después del pago de Seguro
Visitas al hospital	\$	Otros gastos (describa)	\$
Visitas al médico	\$		\$
Medicamentos recetados	\$		\$
Atención de enfermería especializada	\$		\$

Exámenes Medi-Cal

¿Ha solicitado Medi-Cal u otra asistencia gubernamental? (Sí o No) _____

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, proporcione la aprobación, la denegación o la carta pendiente de Medi-Cal u otra agencia gubernamental.

Acuerdo financiero y autorización de informe crediticio

Por la presente declare bajo pena de perjurio que toda la información establecida anteriormente en esta solicitud es verdadera y precisa en todos los aspectos, y que todos los archivos adjuntos son copias exactas de los documentos originales. Autorizo a los empleados y agentes de *Methodist Hospital of Southern California* (MHSC) a investigar y verificar la información que le he proporcionado, incluyendo el historial laboral y crediticio, con el fin de determinar mi elegibilidad para participar en el Programa de Asistencia financiera. También reconozco y acepto que soy responsable ante MHSC por todos y cada uno de los montos adeudados a MHSC por bienes y servicios médicos que no están cubiertos por el Programa de asistencia financiera (los montos restantes).

Firma del solicitante/tutor _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge del solicitante: _____ Fecha: _____