

Paciente Nombre:
dirección:

Paciente Numero:
días de servicio:



Formulario de evaluación de asistencia financiera/caridad

Gracias por elegir Catalina Island Health como su proveedor de atención médica. Según nuestra evaluación financiera, usted no tiene ningún seguro médico para pagar su visita. Catalina Island Health ofrece asistencia financiera/atención benéfica para nuestros pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Los pacientes cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 400% del nivel federal de pobreza serán elegibles para algún tipo de asistencia. Incluimos nuestra solicitud de asistencia financiera/atención caritativa para su revisión.

Todos los pacientes deben solicitar Medi-Cal antes de que se consideren los fondos de atención caritativa.

Para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera, complete esta solicitud adjunta y proporcione copias de la siguiente lista de documentos a nuestra oficina lo antes posible. Usted es financieramente responsable del saldo pendiente hasta que su solicitud sea revisada y aprobada o rechazada.

- Recibos de sueldo de los últimos 2 meses
- Declaración notariada de apoyo o contribución no monetaria
- Declaraciones de impuestos del año anterior o del año actual
- Carta de aprobación o negación de Medi-Cal
- Últimos dos meses de estados de cuenta bancarios completos
- Comprobante de costo médico elevado (consulte la explicación a continuación)
- Otros: _____

Si su saldo representa su responsabilidad después de que su seguro haya pagado, debe proporcionar pruebas de facturas médicas de alto costo. Facturas médicas de alto costo significan todas las obligaciones médicas que haya pagado en los últimos 12 meses; que equivale al 10% o más del ingreso anual de su hogar.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar nuestra solicitud de asistencia financiera, comuníquese con Oficina de negocio, de lunes a viernes a (310)510-0770 X112, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m.

Puede enviar su solicitud completa y sus documentos a recepción del hospital. Para enviar la solicitud y los documentos por correo, envíelos a:

Catalina Island Health
P.O. Box 1563
Avalon, CA 90704

Programa de quejas de facturas hospitalarias

El Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera por error, puede presentar una queja ante el Programa de quejas de facturas hospitalarias. Vaya a HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que lo ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o

Paciente Nombre:
dirección:

Paciente Numero:
días de servicio:



**Formulario de evaluación de asistencia
financiera/caridad**

El Programa de asistencia financiera de Catalina Island Health brinda asistencia financiera a pacientes con necesidades de atención médica médicamente necesarias que son de bajos ingresos, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar la atención médicamente necesaria según su situación financiera familiar individual.

Para determinar si un paciente/garante(aval) califica para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación oportuna nos permitirá revisar su solicitud y determinar rápidamente su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Complete el cuestionario a continuación y devuélvalo con copias de sus recibos de pago, estados de cuenta bancarios y documentos adicionales.

Nombre Del Paciente: _____

Catalina Island Health cuenta(aval) # _____

Su(s) nombre(s) y dirección (incluido el país):

Números de teléfono (marque con un círculo el mejor número durante el día)

Casa: _____ Trabajo: _____

El trabajo de su cónyuge: _____

Fecha(s) de nacimiento: Suya: De su cónyuge/garante:

Su empleador o empresa (nombre y dirección)/Empleador o empresa de su cónyuge (nombre y dirección):

Edad y parentesco de las personas que viven con usted y que se reclaman en sus declaraciones de impuestos (solo dependientes):

Paciente Nombre:
dirección:

Paciente Numero:
días de servicio:



**Formulario de evaluación de asistencia
financiera/caridad**

INGRESOS MENSUALES/ANUALES

Proporcione dos meses de fotocopias de recibos de pago y estados de cuenta bancarios y los ingresos indicados.

	Mensual	Anual
Salarios (propio)	_____	_____
(conyuge)	_____	_____
(Otros miembros familiares)	_____	_____
Otros ingresos	_____	_____
<u>INGRESOS TOTALES</u>	\$ _____	\$ _____

- Declaro que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas según mi saber y entender.
- Acepto informar al proveedor de servicios, dentro de los 10 días, si hay algún cambio en mis ingresos, propiedades, gastos o en las personas en el hogar (o en los de mi familia) o cualquier cambio de dirección.
- Además, acepto que, en consideración por recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o lesión, reembolsar al hospital los ingresos de cualquier litigio o acuerdo resultante de dicho acto.
- Entiendo que si no califico para servicios no compensados, seré responsable de los cargos relacionados con los servicios recibidos y seré elegible para acuerdos de pago. Puedo apelar la decisión de determinación de caridad por escrito con documentación adicional.

Firma _____ Fecha _____

Paciente/garante _____ Fecha _____