Ayuda para Pagar su Factura

Dameron Hospital Association – Solicitud de Asistencia Financiera (Cuidado de Caridad y Pago con Descuento)

Programas de Asistencia Financiera

Dameron Hospital ("el Hospital") reconoce que muchos de los pacientes que atiende quizá no puedan acceder a servicios de salud de calidad sin asistencia financiera. El Hospital ofrece dos programas: Cuidado de Caridad, que es atención gratuita, y Pago con Descuento, que es atención a un precio reducido. Esta es una solicitud única para ambos programas.

Si usted solicita únicamente el Programa de Pago con Descuento, podría recibir menos asistencia financiera que la que podría estar disponible para usted bajo el Programa de Cuidado de Caridad. Le recomendamos solicitar ambos programas con esta solicitud.

Quién Es Elegible

- Cuidado de Caridad (atención gratuita): pacientes cuyo ingreso familiar es inferior al 150 por ciento del nivel federal de pobreza.
- Pago con Descuento (precio reducido): pacientes cuyo ingreso familiar no excede el 400 por ciento del nivel federal de pobreza y que no tienen seguro o tienen altos costos médicos.

La elegibilidad se basa en su ingreso y el tamaño de su familia. El Hospital no considera sus activos monetarios, ahorros ni cuentas bancarias.

Usted puede solicitar en cualquier momento. No hay fecha límite para solicitar, y el Hospital no negará su solicitud por el momento en que fue presentada. Puede solicitar incluso después de que su cuenta haya sido enviada a una agencia de cobranza o después de un fallo judicial.

Documentos de Ingresos – Solo Necesita Uno

Para demostrar sus ingresos, proporcione solo UNO de los siguientes, el que usted elija:

- **Talones de pago recientes** – talones de pago con fecha dentro de los 6 meses anteriores o posteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez (o, si solicita antes del servicio, dentro de los 6 meses de la presentación de esta solicitud); **O**
- **Declaraciones de impuestos recientes** – declaraciones de impuestos que muestren sus ingresos del año en que se le facturó por primera vez, o de los 12 meses anteriores a la primera factura.

No necesita explicar por qué proporciona un tipo de documento en lugar del otro. El Hospital puede aceptar otros documentos de ingresos si usted decide ofrecerlos, pero el

Hospital no exigirá ningún otro documento para demostrar sus ingresos. No se le pedirán estados de cuenta bancarios, información de ahorros ni información de activos. Si no puede proporcionar documentos de ingresos, el Hospital aún podría determinar que usted es elegible con base en otra información disponible.

La información que usted proporcione en esta solicitud o con ella se usará únicamente para determinar su elegibilidad para asistencia financiera. No se usará para el cobro de deudas.

Cómo Presentar Esta Solicitud

Devuelva la solicitud completa y su documento de ingresos por correo o en persona a: Patient Accounting Department, Dameron Hospital Association, 525 West Acacia Street, Stockton, CA 95203. Teléfono: (209) 461-3147, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 3:30 p.m.

Hay ayuda gratuita disponible para completar esta solicitud. Llame al (209) 461-3147 o visite el Departamento de Contabilidad de Pacientes. Esta solicitud, la Póliza de Cuidado de Caridad/Pago con Descuento y un resumen en lenguaje sencillo están disponibles sin costo en todos los puntos de registro, incluyendo el Departamento de Emergencias, la oficina de facturación y la oficina de admisiones, y en línea en www.dameronhospital.org/patients-visitors/billing-information/financial-assistance/. Todos los documentos también están disponibles en inglés.

Qué Sucede Después

El Hospital revisará su solicitud y le notificará su decisión por escrito, incluyendo la razón de la decisión. Si califica para un descuento, recibirá un estado de cuenta que muestra el monto que debe y cómo se determinó. Si ya pagó más del monto que debe, el Hospital le reembolsará la diferencia, con intereses, dentro de 30 días (excepto montos menores de $5.00). Hay planes de pago extendidos sin intereses disponibles. Mientras su solicitud esté pendiente, la actividad de cobranza de su cuenta queda suspendida.

Servicios de Médicos de Emergencia

Un médico de emergencias que presta servicios médicos de emergencia en un hospital que brinda atención de emergencia también está obligado por ley a ofrecer descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes con altos costos médicos que estén en o por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Comuníquese directamente con la oficina de facturación del médico de emergencia para obtener información sobre sus programas de asistencia financiera.

Programa de Quejas de Facturas de Hospital

El Programa de Quejas de Facturas de Hospital (Hospital Bill Complaint Program) es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura del hospital. Si usted cree que se le negó injustamente la asistencia financiera, puede presentar una queja ante el Hospital Bill Complaint Program

del Estado de California. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Más Ayuda

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

Solicitud de Asistencia Financiera

Estado de Situación Financiera – Por favor complete ambas páginas

Su nombre: _____

Nombre de su cónyuge o pareja doméstica (si aplica): _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono: _____

Número de Seguro Social (opcional): _____

A. Miembros de la Familia

Enumere a los miembros de su familia. Para adultos, la familia incluye a su cónyuge o pareja doméstica y a los hijos dependientes menores de 21 años (o de cualquier edad si tienen una discapacidad), vivan o no en el hogar. Para pacientes menores de 18 años, la familia incluye al padre o madre, a los parientes cuidadores y a sus otros hijos dependientes menores de 21 años (o de cualquier edad si tienen una discapacidad).

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

B. Empleo

Su empleador y puesto: _____

Empleador y puesto de su cónyuge/pareja: _____

C. Ingresos Mensuales

Pago bruto (sueldos, salarios, comisiones, propinas): Usted $_____ Cónyuge/Pareja $_____

Ingresos por operar un negocio: Usted $_____ Cónyuge/Pareja $_____

Otros ingresos (intereses, rentas, Seguro Social, pensión/jubilación, pensión alimenticia, otros): Usted $_____ Cónyuge/Pareja $_____

INGRESO MENSUAL TOTAL: $_____

D. Gastos Mensuales (Opcional)

Esta sección es opcional. Se usa únicamente si usted solicita un plan de pago extendido, para que el Hospital pueda tomar en cuenta sus gastos esenciales de vida. No es necesaria para determinar su elegibilidad.

Alquiler o hipoteca $_____ Servicios públicos $_____ Comida $_____ Manutención $_____

Seguros $_____ Transporte $_____ Médico/dental $_____ Otros $_____

GASTOS MENSUALES TOTALES: $_____

Firma

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Dameron Hospital Association a verificar mi situación laboral con el fin de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera, según lo permitido por la ley.

_____
_____

Fecha Firma del Paciente o Fiador