



## Asistencia financiera Hospitalaria y Atención benéfica

Estimado paciente y familia:

Gracias por elegir a Alameda Health System. Nos comprometemos a proporcionar asistencia financiera a los pacientes de bajos ingresos que reúnan los requisitos y a los pacientes que tengan seguro que requiera que el paciente pague una porción significativa de su atención. Los pacientes que cumplen con ciertos requisitos de ingresos pueden calificar para asistencia financiera o Atención benéfica (Charity Care.) Para ver una copia completa de nuestra Política de Asistencia Financiera / Atención benéfica por favor visite nuestra página de Asistencia financiera en nuestro sitio web en [www.alamedahealthsystem.org](http://www.alamedahealthsystem.org).

Para su conveniencia se adjunta una solicitud de Asistencia financiera y del programa de Atención Benéfica de Alameda Health. Por favor, complete, firme y regrese la solicitud a nuestra oficina junto con los documentos que se indican a continuación:

**(1) *El comprobante de ingresos es un requisito para todos los solicitantes y no se puede renunciar.***

Si el paciente es menor de 18 años de edad o está discapacitado, se requerirá un comprobante de ingresos de los padres o tutor(es) del paciente. Si el paciente tiene 18 años de edad o más, se requerirá su propio comprobante de ingresos. Si el paciente está casado o tiene una pareja doméstica/de vida, también se debe recibir un comprobante de ingresos de ese cónyuge/pareja.

A continuación se enumeran los documentos que constituyen un comprobante de ingresos aceptable.

Los solicitantes deben elegir una de las siguientes opciones para presentarla junto con la solicitud.

- Una copia de las 2 más recientes nóminas de pago/desempleo/pensión/discapacidad
- Una copia completa de la Declaración de los impuestos federales sobre los ingresos del año tributario más reciente  
*(Una declaración conjunta sería la prueba de los ingresos tanto del solicitante como del cónyuge/pareja)*
- Una copia del formulario W-2 o SSA1099 del año tributario más reciente.

**(2) Para los pacientes asegurados, presente copias de los gastos médicos pagados por su propia cuenta durante los 12 meses anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud. Por favor, tenga en cuenta que sus gastos médicos pagados por su propia cuenta deben sumar hasta el 10% de sus ingresos anuales para calificar para nuestro programa de Atención benéfica (Charity Care).**



Los documentos pueden entregarse en nuestra oficina de cualquiera de las siguientes maneras:

**Por fax a:** (510)437-6428

**Por correo a:** Highland Hospital  
Attn: Enrollment Services QIC # 22105  
1411 East 31<sup>st</sup> Street  
Oakland CA 94602

**Para entregar en persona:** Lleve la solicitud al Departamento de Servicios de Inscripción más cercano ubicado en cualquiera de nuestras instalaciones de Alameda Health System.

Después de entregar su solicitud, el Departamento de Servicios de Inscripción revisará la información y le notificará por escrito sobre su elegibilidad. Podemos comunicarnos con usted para obtener información adicional si es necesario. Si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud comuníquese con uno de nuestros asesores financieros al 510-437-4961, nuestro personal está disponible para ayudarle, de lunes a viernes, de 8:30 de la mañana a 5:00 de la tarde.

**Asegúrese de entregar su solicitud con prontitud.**

## Solicitud de asistencia financiera hospitalaria y Atención benéfica

*Por favor, llene toda la información completamente. Si no aplica, escriba N/A.*

<b>Recibí servicios en:</b>		
<input type="checkbox"/> Hospital Highland <input type="checkbox"/> Hospital San Leandro <input type="checkbox"/> Hospital Alameda <input type="checkbox"/> Hospital Fairmont		
<b>Información del paciente</b>		
Número(s) de cuenta:		
Nombre:		Número de teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
<b>Información del solicitante (Garante)</b>		
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre/Tutor legal		
Nombre:		Fecha de nacimiento:
Número de seguro social:		Número de teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Situación laboral:		Nombre del empleador:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del empleador:		
Estado civil:		
Número de dependientes:		Edad(es) de los dependientes:
Ingreso familiar anual:		<i>(se requiere la documentación de los ingresos)</i>
<b>Información del cónyuge</b>		
Nombre:		Nombre del empleador:
Dirección del empleador:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del empleador:		
<b>Información adicional</b>		
¿Usted es elegible a la cobertura de un seguro médico comercial? En caso afirmativo, indique el nombre de su seguro médico, el número de teléfono, y el número de identificación:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted es elegible a la cobertura de Medicare? En caso afirmativo, indique el alcance de su cobertura (A, B o ambos) y su número de identificación:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



¿Usted es elegible a la cobertura de Medi-Cal o cualquier otro programa estatal de asistencia médica? En caso afirmativo, indique el condado de cobertura y su número de identificación:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su tratamiento está relacionado a una lesión cubierta por Compensación a trabajadores? En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros de accidentes de trabajo y su número de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su tratamiento está cubierto por Responsabilidad civil (Como un accidente automovilístico o un resbalón y caída)? En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros de auto y su número de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su tratamiento es un resultado de haber sido víctima de un incidente delictivo? En caso afirmativo, proporcione el nombre del asistente social y su número de caso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Se solicita la Atención benéfica (Charity Care) para: (Complete todo lo que corresponda)**

Cargos totales en la cuenta(s) del paciente (Sólo para pacientes sin seguro)

\$ \_\_\_\_\_

Saldo después de los pagos del seguro \$ \_\_\_\_\_ (Co-seguro, Co-pago, Deducible)

*Nota: Los montos del costo compartido de Medi-Cal no son elegibles para el Programa de Atención Benéfica (Charity Care).*

**Punto adicional a considerar:**

Si un paciente/solicitante, incurre en gastos médicos de su propio bolsillo con cualquier prestador de servicios médicos que no sea nuestro centro dentro del período de 12 meses antes de la fecha de solicitud, el monto de su propio bolsillo puede ser considerado en nuestra revisión. El paciente/solicitante deberá presentar documentación (extractos) de los prestadores médicos para confirmar la cantidad indicada a continuación.

- Total de gastos de su propio bolsillo \$ \_\_\_\_\_

Los gastos de su propio bolsillo son todos los saldos de las facturas médicas del paciente, el coseguro, el copago o las cantidades deducibles.

El programa de Atención benéfica para AHS no se aplica a los cargos facturados por cualquier médico que no sea facturado por AHS.

**Certificado del paciente**



Declaro que la información financiera que he proporcionado es completa y exacta y acepto que su centro pueda verificar esta información. Estoy de acuerdo en notificar a su instalación de cualquier cambio en mi circunstancia económica y a proporcionar, si se me solicita, el estado de elegibilidad del seguro.

**Firma del paciente/solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
*(Si el paciente es menor de 18 años de edad, se requiere la firma de un padre o tutor)*

**Firma del representante del paciente** \_\_\_\_\_

**Relación** \_\_\_\_\_  
*(Si el paciente no puede firmar debido a una enfermedad o discapacidad)*