



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.

Para su conveniencia se adjunta una solicitud de Asistencia financiera y del programa de Atención Benéfica de Alameda Health System. 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 hacer una excepción.

Si el paciente es menor de 18 años o está discapacitado, se requerirá un comprobante de ingresos de los padres o tutor(es) del paciente. Si el paciente tiene 18 años 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 últimas nóminas de pago/desempleo/pensión/discapacidad
- Una copia completa de la declaración federal de impuestos sobre los ingresos del año fiscal más reciente

(Una declaración conjunta serviría como comprobante de ingresos tanto para el solicitante como para su cónyuge o pareja)

(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 31st Street

Oakland CA 94602

Para entregar en persona: Lleve la solicitud al Departamento de Ayuda Financiera más cercano, ubicado en cualquiera de nuestras instalaciones de Alameda Health System.

Después de entregar su solicitud, el Departamento de Ayuda Financiera 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, complete toda la información. Si no corresponde, escriba N/A.

Recibí servicios en:		
☐ Hospital Highland ☐ Hospital San Leandro ☐ Hospital Alameda ☐ Hospital Fairmont ☐ John George Psychiatric Hospital		
Información del paciente		
Número(s) de cuenta:		
Nombre:	Número de teléfono:	
Dirección:	☐ Sin hogar	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información del solicitante (Garante)		
Relación con el paciente:	☐ El propio paciente ☐ 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 presentar documentación que acredite sus ingresos)</i>		
Información del cónyuge		
Nombre:	Nombre del empleador:	
Dirección del empleador:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del empleador:		
Información adicional		
¿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:	☐ Sí ☐ 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:	☐ Sí ☐ 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:	☐ Sí ☐ No	

¿Su tratamiento está relacionado a una lesión cubierta por el seguro de accidentes laborales? En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros de accidentes de trabajo y su número de reclamo:	☐ Sí ☐ 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:	☐ Sí ☐ No
¿Su tratamiento es un resultado de haber sido víctima de un delito? En caso afirmativo, proporcione el nombre del asistente social y el número de su expediente	☐ Sí ☐ 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 médico) \$ _____	
Saldo restante después de los pagos del seguro \$ _____ (Coseguro, Copago, Deducible)	
<i>Nota: Los montos del costo compartido de Medi-Cal no son elegibles para el Programa de Atención Benéfica (Charity Care).</i>	
Punto adicional a considerar:	
Si un paciente/solicitante ha tenido gastos médicos de su propio bolsillo con cualquier prestador de servicios médicos que no sea nuestro centro dentro en el período de 12 meses anterior a la fecha de la solicitud, dicho 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. Gastos totales 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.	



Declaración del paciente

Certifico que la información financiera que he proporcionado es completa y precisa, y acepto que su centro pueda verificar esta información. Me comprometo a notificar a su centro de cualquier cambio en mi situación económica y a proporcionar, cuando así se me solicite, mi estado de elegibilidad para el seguro.

Firma del paciente/solicitante _____ Fecha _____
(Si el paciente es menor de 18 años, 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)