

Fecha: _____

Cuenta(s): _____

Estimado(a) paciente: _____

Enloe Health tiene el firme compromiso de brindar ayuda financiera a pacientes que no cuentan con un seguro de salud y quienes sí lo tienen pero sufren gastos médicos elevados, para pagar la atención médica necesaria. Sin embargo, entendemos que, a pesar de tener un seguro, los servicios de salud no deberían agobiar a los pacientes y familias con altos costos médicos.

Usted ha indicado que tiene dificultades económicas para pagar los servicios que recibió recientemente en Enloe Health. La ayuda financiera es limitada y, para determinar quién cumple los requisitos, nuestra política consiste en evaluar sus ingresos en comparación con las guías federales de ingresos. Si tiene seguro médico, usamos criterios adicionales que determinan si puede recibir una ayuda financiera total o parcial por gastos médicos elevados. Para completar nuestra evaluación, necesitamos que presente la solicitud adjunta acompañada de los siguientes elementos.

DOCUMENTOS NECESARIOS:

1. Complete **ambos lados** de la "Declaración financiera confidencial" (adjunta).
2. Incluya una copia de cualquier declaración o carta de denegación del programa Medi-Cal (si corresponde).
3. Incluya una copia de todas las páginas de su último estado de cuenta bancaria, corriente y de ahorros.
4. Si tiene cuentas del mercado monetario, acciones, o propiedades distintas de su vivienda principal que generen ingresos, necesitamos ver un estado de cada cuenta.
Atención: Cuando calculamos los ingresos, no incluimos los planes de jubilación que cumplen los requisitos.
5. Si tienen un empleo, incluya una copia de los dos últimos comprobantes de pago de cada miembro de la familia.
6. Si el empleo es intermitente, incluya una copia de la declaración de impuestos del año pasado en lugar de los comprobantes de pago.
7. Si actualmente no tiene un empleo, incluya un comprobante del seguro de desempleo, seguro estatal por incapacidad o seguro por incapacidad del Seguro Social.
8. Si tiene un seguro pero se enfrenta a gastos médicos elevados, proporcione un comprobante de responsabilidad del paciente para los otros proveedores médicos que no sean Enloe Health (si corresponde).
9. Incluya una carta que explique su situación financiera y los motivos por los que no puede pagar su factura. Su carta personal nos ayudará a comprender su situación y por qué necesita la ayuda financiera.

Nota: Si no puede brindar la información solicitada, explique el motivo en la carta donde expone sus dificultades. Comuníquese con su representante de servicio al cliente si tiene alguna pregunta sobre lo que se solicita.

Todos los documentos deben recibirse en un plazo de dos semanas a partir de la fecha de esta carta o su solicitud podría caducar. Procesaremos las solicitudes completas en un plazo de 60 días a partir de su recepción y le informaremos sobre nuestra decisión.

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes
financialcounselors@enloe.org
530-332-6350

Declaración financiera confidencial y solicitud de ayuda financiera

Nombre del (de la) paciente _____

Número(s) de cuenta _____ Fecha de servicio(s) _____

Persona responsable*

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de Seguro Social _____

Empleador o empresa donde trabaja _____

Dirección del empleador o empresa _____

Teléfono del empleador o empresa _____

Cónyuge o pareja de hecho

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de Seguro Social _____

Empleador o Empresa donde trabaja _____

Dirección del empleador o empresa _____

Teléfono del empleador o empresa _____

Estado civil (circule uno): Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a No casado/a

Pareja de hecho

Información familiar:

Enumere a todas las personas que viven con usted e incluya a cualquier hijo de 21 años o menos, sin importar si vive o no con usted.

Nombre:

Edad:

Relación con usted:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Por favor, rellene el otro lado.

Ingresos mensuales del hogar

Ingresos brutos mensuales de salarios: \$ _____ Ingresos por alquileres: \$ _____
Ayuda pública / cupones de alimentos: \$ _____ Subsidios: \$ _____
Seguro Social: \$ _____ Indemnización por accidente laboral: \$ _____
Subsidio de desempleo: \$ _____ Otro: \$ _____
Manutención infantil / pensión conyugal: \$ _____

TOTAL DE INGRESOS: \$ _____

Activos monetarios

Ahorros o mercado monetario: \$ _____ Valor de acciones: \$ _____
Dividendos: \$ _____ Pagos de intereses: \$ _____
Propiedades distintas de su vivienda principal: \$ _____ Cuentas individuales de jubilación (IRA): \$ _____
Otro: \$ _____

TOTAL DE ACTIVOS: \$ _____

GASTOS

Pago mensual de vivienda/alquiler: \$ _____ Médicos/dentales: \$ _____
Prima de seguro médico: \$ _____ Transporte: \$ _____
Servicios públicos / teléfono residencial: \$ _____ Cuidado infantil / educación: \$ _____
Alimentos / hogar / necesidades personales: \$ _____ Otro: \$ _____
Manutención infantil / pensión conyugal: \$ _____

TOTAL DE GASTOS: \$ _____

Al firmar este formulario, autorizo a Enloe Health para que verifique toda la información, incluido un informe crediticio, ingresos y activos monetarios. Entiendo que me pueden pedir que proporcione comprobantes de la información solicitada. Además, certifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas, según mi leal saber y entender. Si se determina que la información que brindé está incompleta o es falsa, podrá revertirse cualquier descuento en mi factura y se me puede exigir el pago total.

Si recibo un pago de una aseguradora, indemnización por accidente laboral o de parte de cualquier tercero, acepto informar a Enloe Health de dicho pago. Entiendo que el hospital se reserva el derecho de cobrar los cargos facturados originales completos en caso de que un tercero proporcione el pago total o parcial por los servicios de Enloe Health.

Firma del paciente o tutor legal Fecha

Firma del cónyuge o pareja de hecho Fecha

**Si el paciente es menor de edad, sus tutores legales deben rellenar este documento.*

***Existen organizaciones que ofrecen servicios gratuitos de defensa del consumidor y pueden ayudarle a comprender el proceso de facturación y pago.*

Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar www.healthconsumer.org para obtener más información.