

Fecha

Nombre y apellido del paciente

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Ref: Notificación de cargos y solicitud de información relacionada con la cobertura de seguro; información con respecto a la atención benéfica de Stanislaus Surgical Hospital

Estimado/a paciente:

Recientemente se sometió a un procedimiento quirúrgico en Stanislaus Surgical Hospital. Adjunto encontrará un estado de cuenta con nuestros cargos por la atención médica que recibió.

Hasta la fecha, no hemos recibido una prueba de cobertura de seguro médico privado o público para los servicios de atención médica que recibió en nuestro centro. Si tiene cobertura de seguro médico (incluida la cobertura de Medicare, el Programa de Familias Saludables, Medi-Cal u otra), notifíquenoslo de inmediato para que podamos facturar adecuadamente los servicios prestados.

Si usted no tiene actualmente seguro médico privado ni público, puede ser elegible para la cobertura de seguro médico a través de los siguientes programas:

Programa:	Información sobre la solicitud:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare • Programa de Familias Saludables de California (CA Healthy Families Program) • Medi-Cal • Cobertura a través del estado de California (Covered California) • Programa de Servicios Infantiles de California (CA Childrens' Services Program) • Otra cobertura médica financiada por el estado o condado 	<p> http://www.ssa.gov/medicare/apply.html http://www.mrmib.ca.gov/mrmib/HFP.html); https://www.c4yourself.com/c4yourself/index.jsp); http://hbex.coveredca.com/ http://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/apply.aspx </p>

Estaremos encantados de proporcionarle las solicitudes para cualquiera de estos programas de seguro médico. Para obtener ayuda para solicitar la cobertura de seguro médico, comuníquese con la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Stanislaus al (877) 652-0734. Covered California también ofrece un programa de ayuda para inscripción. Para obtener más información sobre el programa de ayuda para inscripción de Covered California, visite <http://hbex.coveredca.com/enrollment-assistance-program/>.

Incluso si usted tiene seguro médico privado o público (o si no tiene seguro médico privado ni público), si cumple con determinados requisitos de ingresos bajos a moderados, también puede



ser elegible para la atención benéfica con descuento o total a través de la Política de atención benéfica de Stanislaus Surgical Hospital. Se adjunta una copia de una Declaración financiera para solicitar ayuda económica, que es necesario presentar para la atención benéfica con descuento o total por parte de nuestro hospital. Si desea postularse para la atención benéfica con descuento o total, complete la declaración financiera adjunta y envíesela a Christine Ybarra, supervisora de Cobranzas, a la dirección que aparece a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra Política de atención benéfica o el proceso de solicitud, póngase en contacto con:

Christine Ybarra, supervisora de Cobranzas
Stanislaus Surgical Hospital
1421 Oakdale Rd.
Modesto, CA 95355
(209) 232-2511 (teléfono)

Tenga en cuenta que una solicitud de seguro médico privado o público en trámite no impedirá su elegibilidad para nuestra atención benéfica con descuento o total en virtud de nuestra Política de atención benéfica.

Atentamente.

Christine Ybarra, supervisora de Cobranzas

Documentos adjuntos



Declaración financiera para ayuda económica

Nombre del solicitante		N.º de SS del solicitante _____
		N.º de SS del cosolicitante _____
Nombre del cosolicitante	N.º de teléfono fijo	Fecha de nacimiento: Solicitante _____ Cosolicitante _____ Niños _____ Otros _____
Dirección		N.º de teléfono laboral: Solicitante _____ Cosolicitante _____

Opcional: No tiene que responder, pero puede ayudar en su calificación para el programa de ayuda federal o estatal, como Medi-Cal o Discapacidad (Disability).

¿Está embarazada? Sí No
¿Tiene hijos? Sí No

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No
Si la respuesta es sí; ¿cuántos? _____

PARTE 1. SEGURO

- ¿Actualmente tiene cobertura de seguro médico a través de una aseguradora de salud privada (incluida la cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios de salud de California), Medicare, Medi-Cal, Programa de familias saludables, Programa de servicios infantiles de California u otro programa financiado por el estado? Sí No
- Si su respuesta fue **Sí** a la pregunta 1, ¿qué seguro tiene?
Adjunte una copia de su comprobante de seguro a esta Declaración Financiera.
- Si su respuesta fue **No** a la pregunta 1, ¿ha solicitado la cobertura de seguro médico? Sí No
 - Si su respuesta fue **Sí** a la pregunta 3, ¿se le ha denegado la cobertura de seguro médico?
 Sí No *Si la respuesta es sí, adjunte una copia del rechazo a la Declaración Financiera.*

PARTE 2. GASTOS Y PAGOS PLANIFICADOS

A – GASTOS EN EFECTIVO	Mensuales	Próximos 12 meses	Saldo total a pagar
Alimentos			
Ropa			
Médicos: (incluya los nombres de las clínicas y hospitales)			
Clínica			
Clínica			
Hospital			
Hospital			
Dentista			
Medicamentos			
Otros			
Personales			
Belleza, peluquería			
Servicio de lavandería, servicio de limpieza			
Viáticos, almuerzos			
Suscripciones			
Efectivo			
Otros			
Hogar			
Pagos de hipoteca/alquiler de vivienda			



STANISLAUS SURGICAL HOSPITAL

A PHYSICIAN-OWNED FACILITY

1421 OAKDALE ROAD, MODESTO, CA 95355 | 209.572.2700

Combustible			
Electricidad			
Teléfono			
Televisión por cable			
Servicios de agua o alcantarillado			
Reparación y mantenimiento de la vivienda			
Educación: (Matrículas, libros, cuotas, etc.)			
Regalos: (Días festivos, cumpleaños, beneficencia, iglesia, etc.)			
Recreación			
Comer fuera			
Vacaciones y viajes			
Niños			
Actividades			
Otros			
Vehículos			
Pago 1: Año Marca Modelo N.º de préstamo			
Pago 1: Año Marca Modelo N.º de préstamo			
Gas y combustible			
Seguros			
Licencia			
Mantenimiento y reparación			
Otros medios de transporte: <i>Autobús, taxi, tren, etc.</i>			
Seguros			
Médico			
Dental			
Vida			
Otros			
Impuestos a pagar: <i>Impuestos que paga por mes/año</i>			
Ingresos			
Seguro Social			
Otros			
Cuotas sindicales o profesionales			
Guardería			
Manutención de menores/pensión alimenticia (pagada)			
Compras en efectivo planificadas			
Otros			
A. TOTAL DE GASTOS EN EFECTIVO			
B – OTROS PAGOS DE DEUDAS (p. ej., tarjetas de crédito, deudas de consumo)			
Otros vehículos y equipos			
Otros: <i>Tarjetas de crédito, préstamos con cuotas, deudas personales, etc.</i>			
Detalle _____			

B. TOTAL DE OTROS PAGOS DE DEUDA			
TOTAL DE LA PARTE 2 (A + B)			



PARTE 3. INGRESOS FAMILIARES*			
* Se debe completar esta parte para todas las solicitudes de atención benéfica (es decir, atención benéfica total y parcial)			
Salarios, propinas, horas extras, etc. del solicitante Empleador _____			
Salarios, propinas, horas extras, etc. del cosolicitante Empleador _____			
Ingresos de negocios			
Otros (<i>Seguro Social, retiro, pensión alimenticia, manutención de menores, Administración de Veteranos [VA], bienestar, otros ingresos, etc.</i>)			
Detalle:			
TOTAL DE LA PARTE 3			

PARTE 4. ACTIVOS**			
* Se debe completar esta parte para todas las solicitudes de atención benéfica total.			
i. Cuenta corriente: Banco: _____ Dirección _____ N.º de cuenta: _____			Saldo: _____
ii. Cuenta de ahorros: Banco: _____ Dirección _____ N.º de cuenta: _____			Saldo: _____
iii. Otras cuentas: Banco: _____ Dirección _____ N.º de cuenta: _____			Saldo: _____
iv. Plazos fijos, acciones, bonos (a excepción de los planes de retiro)		N.º de cuenta _____	Valor: _____
v. Total de otros activos: (Bienes inmuebles, maquinaria, etc.)			Valor: _____
vi. <i>Menos:</i> Primeros \$10,000 en activos en efectivo			(10,000)
vii. Subtotal			
viii. 50 % (del subtotal arriba)			
TOTAL DE LA PARTE 4: si es negativo, escriba "0"			

PARTE 5. RESUMEN			
A. Ingresos totales: Total de la Parte 3			
B. Activos: Total de la Parte 4			
C. Total de gastos y pagos de deuda: Total de la Parte 2			
D. Saldo (A + B - C)			
E. 50 % de D (responsabilidad mínima del paciente)			
F. Admisible para Medicare			
G. Menor de E y F			

A mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud es correcta. Le autorizo a comprobar mis antecedentes crediticios y laborales, y a responder a consultas sobre su experiencia crediticia conmigo.

Le autorizo además a divulgar toda información contenida en el presente documento y otros datos obtenidos por su parte con respecto a mis antecedentes crediticios y laborales a terceros, con el único fin de obtener financiación para el pago de cualquier pago que pudiera adeudarle.

Al firmar este acuerdo me estoy comprometiendo a cooperar con el personal del hospital y proporcionarle información adecuada en tiempo y forma para conseguir el pago de mi factura.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cosolicitante

Fecha