



SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE FACTURAS

de cuenta de John Muir Health: _____

Estimado paciente:

El sistema John Muir Health se complace en ofrecer un programa para nuestros pacientes que necesitan ayuda para pagar sus facturas médicas. El programa está financiado en su totalidad por John Muir Health como parte de nuestro compromiso principal hacia la comunidad a la que prestamos nuestros servicios.

Este programa de asistencia (HELP) para pacientes tiene una cantidad de componentes que incluyen el Programa de Asistencia para el pago de facturas (BPA por sus siglas en inglés), Elegibilidad para el programa de asistencia, y descuentos para los pacientes que carecen de un seguro médico pero no califican para el Programa de asistencia para el pago de facturas.

La solicitud que se adjunta es para el Programa de Asistencia para el Pago de Facturas (BPA). Todo paciente que carece de un seguro médico y ha recibido servicios médicos (Excluyendo servicios de Laboratorio) en una de las instituciones de John Muir Health, puede solicitar ayuda del Programa BPA. Para poder calificar para este programa, el paciente tendrá que cumplir con los requisitos de ingresos basados en la más reciente publicación de la pobreza a nivel federal. Tenga en cuenta que la aceptación al Programa BPA no cubrirá los gastos por servicios prestados por los médicos u otros proveedores que no están empleados directamente por el centro médico. La aceptación al programa también puede requerir que el paciente solicite las diferentes opciones de cobertura médica, entre otras el programa de Medi-Cal, seguro estatal por Discapacidad, Atención médica básica, Víctima de un crimen de violencia u otros programas relacionados con programas patrocinados por el gobierno. Además, los pacientes que tienen seguro y cuya cobertura no paga por servicios recibidos o que han agotado todos sus beneficios del seguro, son también considerados elegibles para solicitar asistencia para el pago de sus facturas. El Programa BPA incluye las cuentas que están específicamente indicadas en la solicitud. No cubre automáticamente los servicios que se recibirán en el futuro.

La solicitud y los documentos indicados en la solicitud deberán ser completados y presentados para que la solicitud sea considerada completa. Si la solicitud y los documentos requeridos no son devueltos dentro de treinta (30) días a partir de la fecha en la que el paciente pidió una solicitud, se asumirá, que el paciente ya no está interesado en solicitar asistencia por medio del Programa BPA, lo que hará que se cancele dicha solicitud.

Si tiene alguna pregunta al respecto o sobre el programa HELP, sírvase llamar al Departamento de Servicios para el Cliente al (925) 947-3336.

Gracias.



1. DATOS DEL PACIENTE		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento:

2. DATOS DEL SOLICITADOR	Estado marital <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		PARENTESCO CON EL PACIENTE		
			<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento		Seguro Social	
Dirección (No casilla de correo)		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
¿Cuánto tiempo en esta dirección?		¿Está empleado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuánto tiempo?	
Teléfono de casa		Teléfono celular		Otro contacto	

3. DATOS GENERALES					
¿Tiene el paciente un representante legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es sí, proporcione la información del representante a continuación)					
Apellido	Nombre	PARENTESCO CON EL PACIENTE			
		<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro _____			
Dirección	Apartamento/Estado	Ciudad	Estado	Código postal	

4. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA					
Incluyéndose a sí mismo, ¿cuántas personas viven en su casa? _____					
¿Cuántos miembros del hogar tienen más de 18 años de edad? _____					
¿Vive usted en la residencia de sus padres o de otro adulto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si es "sí" ¿paga renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué cantidad? _____					
¿Recibe todo o algo de apoyo de algún miembro adulto de la residencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Está recibiendo otro tipo de asistencia para otros gastos?					
<input type="checkbox"/> Vivienda					
<input type="checkbox"/> Escuela					
<input type="checkbox"/> Cuentas médicas					
<input type="checkbox"/> Otros					
Cantidad estimada: \$ _____/mes o \$ _____/año					
¿Está asistiendo actualmente a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Está usted como dependiente de sus padres o apoderado en sus declaraciones de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Ha presentado su declaración de impuestos el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es no, ver apéndice I)					
¿Fue su ingreso ajustado menos de \$5,000? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es sí, ver apéndice I)					



5. EMPLOYMENT AND HEALTH INSURANCE INFORMATION

¿Está usted actualmente empleado o estaba empleado al momento de recibir servicios médicos? Sí No
(Si es sí, favor de marcar una de las siguientes casillas):

- Estoy empleado por mi mismo
- Mi empleador cuenta con menos de 25 empleados
- Mi empleador cuenta con más de 25 a 50 empleados
- Mi empleador cuenta con más de 50 empleados

¿Ofrece su empleador un seguro de salud para sus empleados?

- Sí No

Si es sí, ¿porqué no está usted asegurado con su empleador? (Explique a continuación)

¿Está empleado su cónyuge/pareja de hecho actualmente, o estaba empleado cuando usted recibió sus servicios médicos?

- Sí No (Si es sí, favor de marcar una de las siguientes casilla)

- Trabaja por su propia cuenta
- Su empleador cuenta con menos de 25 empleados
- Su empleador cuenta con más de 25 a 50 empleados
- Su empleador cuenta con más de 50 empleados

¿Ofrece su empleador un seguro de salud para sus empleados?

- Sí No

Si es sí, ¿porqué no está usted asegurado con su empleador? (Explique a continuación)

6. OTROS PROGRAMAS

¿Alguna vez a solicitado uno de los siguiente programas indicados a continuación? Sí No
(Si es sí, especifique el programa a continuación)

- Medi-Cal Healthy Families Medicare
- Basic Adult Care Víctimas de delitos violentos Programa Estatal de Discapacidad

7. INGRESOS DE BIENES

¿Es dueño de alguna propiedad? Sí No

¿Tiene o posee alguno de los siguientes? (Marque la casilla que le corresponda a usted)

- Casa Vivienda para alquilar Cuenta de cheques Cuenta de ahorros
- Tarjetas de crédito Cuenta de inversiones Acciones o bonos Caja fuerte



8. DOCUMENTACIÓN DE APOYO (PARA TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN SU HOGAR)

Esta solicitud se podrá rechazar si no se proporciona todos los documentos. Una prueba aceptable de ingresos incluye los siguientes:

Del solicitador o garante (si el paciente es menor de edad):

- Una copia de la declaración de impuestos firmada. (Forma CI 040) del año anterior, de cada miembro de la familia que presentó su declaración de impuestos.
- Talonarios de pagos actuales (últimos dos períodos de pago).
- Copia de su Seguro Social, Discapacidad, Pensión y/o carta de asignación de desempleo (en su caso).
- Copia de la orden judicial de manutención infantil o comprobante de depósito (e su caso).

9. OBSERVACIONES

Escriba cualquier información adicional que desee declarar que no se refleja en esta solicitud.

10. FIRMA Y FECHA (SE REQUIERE DEL SOLICITANTE)

Certifico que toda la información es verdadera y está completa, y doy mi autorización a John Muir Health para que solicite un informe de mi crédito y/o verifique cualquier información que se considere necesaria. Entiendo que se pueden rechazar las solicitudes incompletas. Estoy de acuerdo con notificar a John Muir Health sobre cualquier cambio en mi situación financiera que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Firma del solicitador/fecha



ANEXO 1: EXPLICACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Vive usted en:

- Soy dueño en la casa Alquilo un apartamento o una casa
 Alquilo una habitación Vivo con parientes
 Otro (especifique por favor): _____

Si vive en la residencia de un pariente(s), ¿paga alquiler a ese miembro adulto? Sí No

Si es sí, ¿cuánto es el alquiler? _____

¿Cómo paga la hipoteca o el alquiler?

Explique por favor:

¿Intercambio por trabajo? Sí No
(ej., cambia trabajo por gastos de alquiler/
vivienda)

Explique por favor:

¿Recibe ayuda de otros miembros adultos en el hogar? Sí No

¿Está asistiendo a la escuela actualmente? Sí No

¿Está usted como dependiente de sus padres en sus declaraciones de impuestos? Sí No

¿Recibe ayuda del gobierno? Sí No (Si es sí, favor de marcar una de las casillas correspondientes)

- Estampillas para comida Ayuda para vivienda Pago por accidentes de trabajo
 Discapacidad Programa de bienestar/WIC
 Otro (especifique por favor): _____

¿Cómo paga por sus gastos diarios (es decir, comida, ropa, servicios públicos, etc...)?



POR FAVOR, DEVUELVA ESTA SOLICITUD Y TODA OTRA INFORMACIÓN A:

John Muir Health
5003 Commercial Circle
Concord, CA 94520

La solicitud que usted a completado junto con la documentación solicitada deberá ser devuelta el

_____ (fecha de vencimiento)

No se olvide de llenar toda la solicitud y enviar todos los documentos requeridos.

Las formas incompletas no podrán satisfacer los requisitos de elegibilidad del programa.

Si no se recibe su solicitud y los documentos requeridos hasta la fecha indicada arriba, se asumirá que ha decidido no seguir adelante con su solicitud, y ésta será cancelada.

Por favor, comuníquese con los servicios para el cliente llamando al 925-947-3336 si:

- Tiene alguna pregunta sobre la solicitud
- Necesita ayuda en completar su solicitud
- Necesita más tiempo para completar su solicitud