

John Muir Health se enorgullece de ofrecer un programa para nuestros pacientes que necesitan asistencia para pagar sus cuentas médicas. El programa es financiado íntegramente por John Muir Health como parte de nuestro compromiso fundamental con la comunidad a la que servimos. Por favor tenga en cuenta que la aceptación en el Programa de asistencia financiera para pacientes de John Muir Health no cubrirá los servicios de proveedores que no estén empleados directamente por el centro médico ni los servicios que se provean fuera de alguno de nuestros hospitales. El programa solo cubre cuentas por servicios hospitalarios prestados para los cuales se le emitió una cuenta inicial y no cubre automáticamente servicios futuros.

Para que su solicitud sea considerada, se requieren ciertos documentos. Por favor proporcione la información según se indica abajo para usted y los adultos que residen en su hogar que lo incluyen en su declaración de impuestos o contribuyen a los gastos de vida, ya que el Programa de asistencia financiera se basa en el ingreso del grupo familiar. Si no puede proporcionar la siguiente información, **entregue una explicación por escrito**.

Requisito de calificación inicial:

- ☐ El ingreso de su hogar debe ser igual o inferior a 400 % de las pautas federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) según el número de miembros del hogar. Consulte la tabla a continuación para los límites de ingreso.

Tamaño de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
400 % de FPG	62,600	\$84,600	\$106,600	\$128,600	\$150,600	\$172,600	\$194,600	\$216,600	\$222,100

Requisitos de documentación:

- ☐ **Declaración de Impuestos** del año en el cual se le facturó por primera vez al paciente; o 12 meses antes de la fecha en la cual se le facturó por primera vez al paciente **O talones de pago** de un período de 6 meses antes o después de que el hospital le facture por primera vez al paciente por cada miembro de la familia. *[El miembro de la familia se define como (1) para personas de 18 años de edad y más, cónyuge, pareja doméstica, según se define en la Sección 297 del Código familiar, e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, de acuerdo con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del seguro social, ya sea que vivan en el hogar o no. (2) Para personas menores de 18 años o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, incluidos, el padre/madre, familiares cuidadores y padres o familiares cuidadores de otros hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, de acuerdo con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del seguro social.*

Si no tiene seguro:

- ☐ Recomendarle al paciente que solicite cobertura médica a través de Covered California (888) 975-1142, si tiene más de 18 años de edad, y proporcionarle una copia de la carta de determinación que indique si el solicitante fue rechazado o es elegible para un programa. Adjuntar una copia de la tarjeta del seguro si corresponde.
- ☐ Si el paciente es menor de edad o está manteniendo a hijos menores de edad, se recomienda que el paciente presente la solicitud a Medi-Cal (800) 709-8348 y proporcione una copia de la carta de determinación indicando si fue rechazado o es elegible para un programa.

Además, si tiene seguro:

- ☐ Comprobante de que sus gastos médicos (incluye a todos los miembros del grupo familiar) han superado la cantidad que sea menor de las siguientes: el 10 % del ingreso familiar en los últimos 12 meses de la solicitud o su ingreso familiar actual. Lista de cuentas médicas pagadas o no.

ATENCIÓN: Si no se recibe su solicitud firmada y la información completa, John Muir Health no puede considerar su solicitud de asistencia y continuarán las actividades de cobranza adicionales.

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con nuestro Departamento de servicio al cliente al: (925) 947-3336.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento:
----------	--------	----------------------

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		Relación con el paciente ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Progenitor (padre/madre) ☐ Otro		Estado civil ☐ Casado/a ☐ Soltero
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Número del seguro social	
Dirección postal (No se admiten PO boxes)	Ciudad	Estado	Condado	Código Zip
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección?	¿Está empleado actualmente?		¿Durante cuánto tiempo?	
Teléfono del domicilio:	Teléfono celular:		Otro contacto	

3. INFORMACIÓN GENERAL

¿El paciente tiene un conservador legal? ☐ Sí ☐ No (Si lo tiene, ingrese la información del conservador a continuación)				
Apellido	Nombre	Relación con el paciente ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Progenitor (padre/madre) ☐ Otro _____		
Dirección postal	Apt/Ste	Ciudad	Estado	Código Zip

4. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Y SISTEMA DE VIVIENDA
(Para la persona responsable financieramente de la cuenta, si es diferente del paciente)

Incluido usted, ¿cuántas personas viven en su hogar? _____

Cuántos miembros del grupo familiar contribuyen a sus finanzas _____

¿Cuántos miembros del grupo familiar que viven en su casa son menores de 21 años, y usted es responsable de ellos? _____

Nombre	Edad	Ingresos	Relación		

¿Es dueño de su vivienda? ☐ Sí ☐ No

¿Está viviendo en la residencia de su progenitor u otro adulto? ☐ Sí ☐ No ¿Paga

alquiler? ☐ Sí ☐ No

¿Monto de la renta al mes? _____

¿Recibe actualmente asistencia financiera para asistir a la escuela? ☐ Sí ☐ No Monto total del apoyo financiero: \$ _____ /Semestre o \$ _____ / año
¿Recibe actualmente apoyo del gobierno? Marque todas las que correspondan. ☐ Cupones para alimentos ☐ Asistencia para vivienda ☐ Pago por lesión laboral ☐ Discapacidad ☐ Beneficencia/WIC ☐ Otro (Por favor, especifique): _____
¿Su progenitor o tutor lo declara como dependiente en su declaración de la renta? ☐ Sí ☐ No
¿Presento declaración de la renta el año pasado? ☐ Sí ☐ No Su ingreso bruto ajusto fue menos de \$ 14,600 ☐ Sí ☐ No

5. INFORMACIÓN DE EMPLEO Y SEGURO MÉDICO
(Para el paciente en la cuenta)

¿Está empleado actualmente o estuvo empleado al momento en que tuvo servicio médico? ☐ Sí ☐ No ¿Su empleador ofrece seguro médico a sus empleados? ☐ Sí ☐ No ¿Está cubierto con ese seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si no es así, explique por qué. _____
¿Su cónyuge/pareja doméstica (o padre/madre si el paciente es menor de edad) está empleado actualmente o estaba empleado al momento en que tuvo el servicio médico? ☐ Sí ☐ No ¿El empleador de su cónyuge/pareja doméstica (o padre/madre, si el paciente es menor de edad) ofrece seguro médico a sus empleados? ☐ Sí ☐ No ¿Está cubierto con ese seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si no es así, explique por qué. _____

6. OTROS PROGRAMAS
(Para el paciente en la cuenta)

¿Ha presentado una solicitud a alguno de los siguientes programas enumerados a continuación en los 12 meses anteriores a esta solicitud? Marque los programas que correspondan. ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families ☐ Medicare ☐ Atención adulta básica (Basic Adult Care) ☐ Víctimas de crímenes violentos (Violents of Violent Crime) ☐ Discapacidad del estado

7. DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

(REQUERIDA PARA TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN ESE HOGAR Y QUE CONTRIBUYEN A SUS FINANZAS) *[El miembro de la familia se define como (1) para personas de 18 años de edad y más, cónyuge, pareja doméstica, según se define en la Sección 297 del Código familiar, e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, de acuerdo con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del seguro social, ya sea que vivan en el hogar o no. (2) Para personas menores de 18 años o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, incluidos, el padre/madre, familiares cuidadores y padres o familiares cuidadores de otros hijos dependientes menores de 21 año, o de cualquier edad si son discapacitados, de acuerdo con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del seguro social.*

La solicitud se podrá rechazar si no se proporcionan todos los documentos. Si el documento no está disponible, explique por qué.

- Declaración de impuestos para el año en el cual se facturó por primera vez al paciente; o 12 meses antes de la fecha en la cual se le facturó por primera vez al paciente
- O
- Talones de pago de un período de 6 meses antes o después de que el hospital le facture por primera vez al paciente por cada miembro de la familia que contribuya con el ingreso familiar

8. COMENTARIOS

Ingrese cualquier información adicional que quiera para indicar lo que no se refleja en esta solicitud.

9. FIRMA Y FECHA (REQUERIDO DEL SOLICITANTE)

Yo certifico que toda la información es verdadera y completa, y por el presente autorizo a John Muir Health a solicitar un informe de crédito y/o verificar cualquier de la información anterior según se considere necesario. Entiendo que las solicitudes incompletas, incluidas las solicitudes que no están firmadas, podrán ser denegadas. Acepto notificar a John Muir Health de cualquier cambio en mis circunstancias financieras que puedan afectar mi elegibilidad para asistencia financiera.

Firma del solicitante

Fecha

ENVÍE LA SOLICITUD Y TODA LA INFORMACIÓN A:

**JOHN MUIR HEALTH
5003 COMMERCIAL CIRCLE
CONCORD, CA 94520
ATENCIÓN: SINGLE BUSINESS OFFICE**

**Su Solicitud de Asistencia al
Paciente realizada junto con la
documentación solicitada
protegerá la cuenta de las futuras
actividades de cobranza**

**Por favor recuerde completar toda la solicitud y enviarla con
todos los documentos requeridos que se enumeran en la carta
informativa.**

Las solicitudes incompletas podrían no cumplir los requisitos de calificación del programa.

Póngase en contacto con el Servicio al cliente al 925-947-3336 si:

- **Tiene preguntas sobre la solicitud**
- **Necesita asistencia para completar su solicitud**