

Apellido del paciente		Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente
Número de seguro social		Número telefónico	Fecha de nacimiento
Apellido del garante (si fuera diferente)		Primer nombre del garante	Segundo nombre del garante
Calle	Ciudad	Código postal del estado	
Número de seguro social		Número telefónico	Fecha de nacimiento
¿Tiene trabajo?	Sí No	¿Tiene seguro de salud?	Sí No

INFORMACIÓN DE CÓNYUGE/CONCUBINO/A

Apellido del paciente		Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente
Calle	Ciudad	Código postal del estado	
Número de seguro social		Número telefónico	Fecha de nacimiento
¿Tiene trabajo?	Sí No	¿Tiene seguro de salud?	Sí No

¿A cuántas personas mantiene? _____

{Incluido usted. Debe ser capaz de presentar pruebas de la cantidad de personas que mantiene en su Declaración de Impuestos Federal}

¿Cuáles son sus fuentes de ingresos? (Especifique ingresos mensuales o anuales para todo lo que corresponda):

	Mensuales	Anuales		Mensuales	Anuales
Ingresos laborales	\$ _____	\$ _____	Ingresos por intereses/dividendos	\$ _____	\$ _____
Ingresos laborales del cónyuge	\$ _____	\$ _____	Ingresos por seguro social	\$ _____	\$ _____
Ingresos comerciales	\$ _____	\$ _____	Ingresos por pensión alimenticia/ayuda financiera	\$ _____	\$ _____
Ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____	Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
Ingresos totales:	\$ _____				

NOTA: Si es estudiante que recibe asistencia financiera, presente una copia o una carta de aprobación de su asistencia financiera escolar y/o información de préstamo estudiantil junto con su solicitud.

NOTA: Al recibir su solicitud, se procesará un informe de crédito (podría incluir al cónyuge)

Firma del paciente/representante legal: _____

Fecha: _____

 Documentos requeridos: Formulario de impuestos del año anterior (Copia completa) Carta de casos extremos

Si no puede presentar una copia de los formularios de impuestos, puede brindar lo siguiente:
 Comprobantes actuales de cheques de salario de 2 meses Discapacidad Desempleo

Estimador de plan de pagos: En las circunstancias donde califica para asistencia financiera parcial, brindar la siguiente información ayudará a establecer un plan de pagos razonable para el resto de su saldo.

Pago de renta/Alojamiento	_____	Servicios públicos-	_____
Alimentos	_____	Vestimenta	_____
Pagos por servicios médicos/dentales	_____	Escuela/guardería	_____
Manutención de hijos/cónyuge	_____	Transporte/ Gastos relacionados con el automóvil	_____

NOTA: Un plan de pago razonable significa que los pagos mensuales no serán de más del 10% del ingreso familiar, excluidas las deducciones y gastos declarados anteriormente.

(No se podrá procesar la solicitud sin la información anterior)

Devuelva esta solicitud junto con todos los documentos requeridos dentro de un plazo de 10 días

En Huntington Hospital estamos comprometidos con lograr que los servicios de atención médica sean accesibles para nuestros pacientes y reconocemos las necesidades financieras de aquellos miembros de nuestra comunidad que no pueden afrontar los costos asociados con su atención médica. En ese sentido, Huntington Hospital brinda asistencia financiera para pacientes que califiquen y que reciben atención de emergencia o medicamento necesaria. Los pacientes deben completar una solicitud, entregar determinados documentos de verificación y cumplir con los requisitos de elegibilidad enumerados a continuación. Esta póliza no cubre a ningún otro proveedor de servicios excepto Huntington Hospital.

¿Quién es elegible para recibir asistencia financiera?

Nuestro programa ayuda a pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que necesitan ayuda para pagar todo o parte de su atención médica. Los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera si sus ingresos familiares son iguales o menores que el 350% de los Niveles Federales de Pobreza (FPG). Podrían solicitarle información adicional que, finalmente, podría afectar la decisión del hospital.

Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no deberán pagar más de los importes facturados en general (AGB) por la atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria a los pacientes con seguro. (los AGB se definen en la Sección 501(r) de la autoridad impositiva (IRS)). Vea el Apéndice A de la póliza de Asistencia Financiera.

¿Qué cubre el programa?

El programa de asistencia financiera cubre la atención médicamente necesaria que se brinda en el Huntington Hospital. Los servicios cosméticos opcionales no están cubiertos por esta póliza.

¿Cómo solicito asistencia financiera o bien obtengo la póliza completa?

Encontrará un formulario de solicitud en el reverso de este documento con instrucciones acerca de cómo completarlo.

Para recibir asistencia acerca de cómo completar la solicitud o para solicitar una copia de la póliza, puede recibir ayuda de cualquiera de las fuentes siguientes:

- En cualquiera de las áreas de admisión de los departamentos de pacientes hospitalizados, ambulatorios o de emergencia.
- Llame a la oficina comercial al 626 397-5324, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.,
- (si llama fuera del horario, deje un mensaje). Servicios de traducción en vivo disponibles
- Por correo a Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Atención Servicios Financieros para Pacientes (Sin costo)
- En el centro de ayuda en el lobby principal del hospital, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
- Descargue una solicitud y una copia de las pólizas en www.huntingtonhospital.com

¿Hay asistencia de idiomas disponible?

La póliza y los formularios de solicitud están disponibles en casi todos los idiomas que se hablan en nuestra comunidad y podrá encontrarlos en las ubicaciones mencionadas anteriormente. También contamos con servicios de interpretación.

Huntington Hospital 100 W. California Blvd, casilla de correo 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

Instrucciones:

Complete el formulario financiero (no se procesarán las solicitudes incompletas)

Adjunte los documentos requeridos:

Comprobantes de ingresos y copia completa de su Declaración de impuestos.

Carta de casos extremos, (carta breve que explica su situación financiera)

Envíe todos los documentos a:

Huntington Hospital

Atención: Oficina comercial / Revisión de Asistencia Financiera

100 W California Blvd

Pasadena, CA 91109-7013

Visite: WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM para recibir una descripción completa del programa.