

**San Joaquin General Hospital**  
**Instrucciones del Formulario de Asistencia Financiera**

Esta es una solicitud para recibir asistencia financiera en el **Hospital General de San Joaquín**.

Tenemos dos tipos de asistencia financiera: Atención de Beneficencia y Pago con Descuento. Usted puede calificar para recibir atención gratuita o con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos. Para ver nuestra política de asistencia financiera, visite <https://www.sanjaquingeneral.org/help-paying-your-bill>.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** Si no es elegible para un programa gubernamental y cumple con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados, puede calificar para recibir asistencia financiera. Brindamos asistencia financiera para ayudar a los pacientes calificados a pagar la atención médica según su necesidad financiera. Esto incluye atención de emergencia, urgente o médicamente necesaria. Los pacientes que califican obtienen una parte o la totalidad de sus costos cubiertos independientemente de si tienen cobertura de atención médica, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente.

Los médicos que ejercen en el Hospital General de San Joaquín no están incluidos en esta política. Si necesita ayuda con la factura del médico, deberá comunicarse con el consultorio privado del médico y hablar con el personal del consultorio.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia con el idioma, llamando a nuestro **Programa de Asistencia Financiera Médica** al **(209) 468-6679** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. También puede visitar el sitio web mencionado anteriormente.

Para que se procese su solicitud, debe:

- Brindarnos información sobre su familia
- Brindarnos información y documentación sobre el ingreso mensual bruto de su familia (ingreso antes de impuestos y deducciones). Consulte la sección Ingresos y tamaño del hogar familiar en la solicitud de asistencia financiera para obtener información adicional
- Adjunte información/documentos adicionales si es necesario
- Firme y feche el formulario

## San Joaquin General Hospital

### **Envíe por correo la solicitud completa y los documentos de respaldo a:**

San Joaquin General Hospital Attn: Medical Financial Assistance Program

500 West Hospital Road

French Camp, CA 95231

También puede presentar la solicitud y los documentos de respaldo en persona en la misma dirección. Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 30 días de recibir una solicitud completa y los documentos de respaldo. Si su solicitud está incompleta, recibirá una carta o una llamada solicitando los documentos necesarios para procesar su solicitud. Al enviar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para realizar las consultas necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

**Recursos Adicionales:** La Alianza de Consumidores de Salud (“HCA”) es un recurso disponible para los pacientes para ayudarlos a comprender el proceso de facturación y pago, así como la elegibilidad presunta de Covered California y Medi-Cal. HCA ofrece asistencia gratuita por teléfono o en persona. Para obtener más información, visite el sitio web de Health Consumer Alliance en <https://healthconsumer.org>.

**Servicios Comprables:** En cumplimiento con la Ley de Facturación Sin Sorpresas (Título 45, sección 180.60 del Código de Regulaciones Federales), consulte la herramienta de servicios comprables del Hospital disponible en <https://www.sanjoaquingeneral.org/> Transparencia de precios de SJGH /

**Hospital General de San Joaquin**  
**Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial**  
 Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificara para recibir asistencia, incluso si la solicita.

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

<b>Fecha de la Aplicación:</b>	<b>Fecha de Servicio:</b>
<b>Núm. Seguro Social (opcional)</b>	<b>No tengo Núm. De Seguro Social</b>
<b>Nombre del Paciente:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Número de Cuenta:</b>	<b>Núm. de Teléfono:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel
<b>Calle, Ciudad, Estado y Código Postal:</b>	
¿El paciente se encuentra actualmente sin vivienda? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame a nuestros **Servicios Financieros para Pacientes al (209) 468-6679**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Marque el tipo de asistencia financiera que desea solicitar:

- Atención de Beneficencia
- Programa de Pago con Descuento

Requisitos de ingresos:

Atención de Beneficencia: recibos de sueldo actuales o las declaraciones de impuestos a las ganancias más recientes.

Pago con Descuento: declaraciones de impuestos a las ganancias del año en el que se facturó al paciente por primera vez o de los 12 meses anteriores a la primera facturación, o recibos de sueldo dentro de un período de 6 meses antes o después de que el hospital facture al paciente por primera vez.

**Cuestionario:**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Necesita un intérprete? Si necesita, Lenguaje de Preferencia _____		
¿El paciente era residente de California en el momento del servicio?		
¿Los servicios médicos recibidos estuvieron relacionados con un accidente automovilístico, una lesión de un tercero o una indemnización por accidente de trabajo? <i>Si es así, ¿Cuál es la fecha de la lesión?</i> _____		
¿El paciente tenía algún seguro médico activo en el momento del servicio?		

**Hospital General de San Joaquin**  
**Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial**  
**Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificara para recibir**  
**asistencia, incluso si la solicita.**

¿El paciente era beneficiario activo de Medi-Cal en el momento del servicio? <b>Si es así, adjunte una copia de su seguro médico o tarjeta de Medi-Cal a esta solicitud</b>		
¿Está usted o estará discapacitado por mas de un año?		
¿Es usted un veterano de las fuerzas armadas?		
Si es mujer, ¿le han diagnosticado cáncer de mama o de cuello uterino?		
¿Está buscando ayuda para necesidades de salud reproductiva (embarazo o solicitud de anticonceptivos)?		
¿Tiene usted o algún miembro de su familia alguna otra condición para la cual está buscando tratamiento o necesita ayuda?		

**Hospital General de San Joaquin**  
**Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial**  
**Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificara para recibir**  
**asistencia, incluso si la solicita.**

**INGRESOS Y TAMAÑO DEL HOGAR FAMILIAR:**

- Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Los ingresos incluyen los ingresos brutos (antes de impuestos y deducciones). Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: salarios, desempleo, trabajo por cuenta propia, compensación laboral, beneficios de seguridad social y otra asistencia pública.
- "Familia" se define como: (1) para personas de 18 años o más: cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes, ya sea que vivan en el hogar o no; y (2) para personas menores de 18 años, padre, parientes cuidadores y otros hijos del padre o pariente cuidador

Nombre de los Miembros de la Familia	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	Fuente de Ingresos o Nombre del Empleador	Monto basado en el Programa de Asistencia Financiera
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

- **Se DEBE proporcionar prueba de ingresos de todas las fuentes junto con esta solicitud (por ejemplo, recibos de sueldo, declaración de impuestos (formulario 1040 del IRS), etc.)**
- **Si declara ingresos de \$0**, proporcione una declaración escrita de cómo usted (o el paciente) está sobreviviendo económicamente, incluyendo quién proporciona comida, alojamiento, transporte, etc., y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.

**Hospital General de San Joaquin**  
**Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera- Confidencial**  
 Por favor tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificara para recibir asistencia, incluso si la solicita.

**GASTOS ACTUALES (Últimos 12 meses desde la fecha de solicitud)**

Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

**Gastos mensuales del hogar:**

Gastos Médicos** (hospital, medico, dental, visión, recetas, etc.)	\$	Primas de Seguro Médico** (medico, dental, visión)	\$
---	----	---	----

**\*\*Proporcione todos los recibos/explicación de beneficios indicados anteriormente, ya sean pagados o no.**

INFORMACION ADICIONAL	
Adjunte una página adicional si hay información sobre su situación financiera actual que desea que conozcamos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos o ingresos estacionales o temporales.	
ACUERDO DEL PACIENTE	
Entiendo que el Hospital General de San Joaquín puede verificar la información mediante la revisión de la información crediticia y la obtención de información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago.	
Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información que proporcione es falsa, se puede negar la asistencia financiera y puedo ser responsable de pagar los servicios prestados.	
Fecha:	(Firma del Solicitante o Responsable)
Fecha:	(Firma del Cónyuge)

**Queremos ayudar. Envíe su solicitud lo antes posible.**  
**Es posible que continúe recibiendo estados de cuenta hasta que recibamos su solicitud completa y los documentos de respaldo**