



## Solicitud de asistencia económica

Estimado paciente/garante:

Sabemos que puede elegir y agradecemos la oportunidad que nos ha dado de cuidar de usted o de un ser querido. Entendemos que las facturas médicas pueden ser abrumadoras a veces, por lo que, para ayudar con esto, Tahoe Forest Health System ofrece un programa de asistencia económica. Este programa puede ayudar a los pacientes que califiquen y que puedan tener dificultades para cumplir sus obligaciones económicas asociadas con los servicios de atención médica recibidos dentro del Sistema de salud.

Adjunto encontrará una solicitud de asistencia económica. Tómese su tiempo para completar la solicitud, adjuntar los documentos solicitados, poner sus iniciales en la lista de verificación y devolver la solicitud completada en un plazo de 30 días desde su recepción. Comprenda que toda la información solicitada es necesaria para determinar la elegibilidad para este programa. Si la solicitud no se completa y devuelve en un plazo de 30 días dados, la solicitud puede denegarse. La solicitud y la información de respaldo son su oportunidad de expresar su necesidad de asistencia económica mediante el Sistema de salud.

Una vez que hayamos recibido su solicitud completada, le pedimos que nos conceda un plazo máximo de 90 días para tramitarla. Cuando se haya procesado la solicitud, recibirá una carta por correo postal con el resultado de su solicitud en la que se indicará si se ha aprobado la asistencia económica total o la asistencia económica parcial o si ha sido denegada. Los servicios de urgencia y de emergencias tienen prioridad sobre los electivos. Si solicita servicios que no son de emergencia, le pedimos que deje pasar más tiempo. Es posible que se le pida que haga arreglos de pago hasta que se pueda tomar una determinación. El sistema de salud ofrece opciones de planes de pago flexibles mediante HELP Financiamiento. Tenga en cuenta que solo las cuentas mediante Tahoe Forest Health System son potencialmente elegibles para este programa.



## **Solicitud de asistencia económica**

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud, los documentos solicitados, necesita ayuda con la solicitud o quiere establecer un plan de pago, comuníquese con uno de nuestros Consejeros Económicos al (530)-582-6458.

Gracias,

Su Equipo de Consejería Económica

Atención: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 530-582-6458 donde los pacientes pueden obtener más información o visite 10121 Pine Avenue Truckee, CA 96161. La oficina está abierta de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. de lunes a viernes. También hay disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratis.

Nota: Autoridad citada: Sección 127010, Código de Salud y Seguridad. Referencia: Secciones 127405, 127410 127425 y 127430, Código de Salud y Seguridad.

## Solicitud de asistencia económica

### Instrucciones:

1. **Complete la solicitud adjunta.** Si un área no corresponde, escriba N/A. Si necesita más espacio para responder a alguna pregunta, adjunte una página adicional. El tamaño de la familia se determina por el número de personas que figuran en la declaración de la renta, incluyendo el cónyuge y las personas a cargo. La solicitud debe estar firmada y fechada para que se considere completa.
  
2. **Adjunte todos los documentos requeridos. Las solicitudes deben incluir:**
  - a. **Carta de dificultades** explicando por qué solicita la ayuda y cualquier circunstancia especial que demuestre la necesidad. Comente su situación de vida, gastos, cualquier circunstancia inusual, etc. Indique la naturaleza de los servicios para los que solicita asistencia (por ejemplo, visita a la sala de emergencias, operación, servicios optativos, etc.). Cuanta más información dé explicando su situación, mejor podrá el sistema de salud determinar la necesidad de asistencia económica.
  - b. **Copia de la carta de denegación de Medi-Cal** si la solicitó y se la denegaron en el último año.
  - c. **Documentos que prueben los ingresos:**
    - i. **Si presentó una declaración de impuestos sobre la renta federal debe presentar una copia de:**
      1. Declaración del impuesto sobre la renta federal (Formulario 1040) y W-2 del año más reciente. Debe incluir todos los anexos (es decir, el Anexo C para trabajadores por cuenta propia) y archivos adjuntos tal como se presentaron al Servicio de Rentas Internas para que su solicitud se considere completa. No se exigen impuestos estatales.
      2. Si está casado y presenta la declaración por separado, debe incluir ambas series de impuestos.
      3. Las declaraciones de la renta recientes son las que documentan los ingresos de un paciente correspondientes al año en que se le facturó por primera vez o a los 12 meses anteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez.
    - ii. **Si no presentó una declaración de impuestos federales, debe presentar:**
      1. Los dos (2) meses más recientes de talones de cheques de pago y W-2 del año más reciente.
        - a. Talones de pago en un plazo de 6 meses antes o después de que el hospital facture por primera vez al paciente o, si se trata de un preservicio, cuando se presente la solicitud.
      2. Una carta en la que explique por qué no ha presentado la declaración del impuesto sobre la renta.
      3. Los tres (3) extractos bancarios más recientes.
    - iii. **Si no dispone de ningún justificante de ingresos, explique cómo se mantiene a sí mismo/su familia en la carta de dificultades.**



## Solicitud de asistencia económica

- iv. **Cualquier otra constancia de ingresos, como contribuciones a IRA, fondos del Seguro Social, etc.**
3. **Ponga sus iniciales en la lista de verificación** para asegurarse de que se adjuntan todos los documentos solicitados. Si el punto no se aplica a su caso, escriba N/A.
4. **Presente la solicitud completada** con todos los documentos a la dirección indicada abajo, o entréguela en el mostrador del vestíbulo principal del hospital en un plazo de 30 días a partir de su recepción.

### **Devuelva su solicitud cumplimentada antes del**

#### **Correo postal:**

Tahoe Forest Hospital District  
Financial Counseling  
PO BOX 759  
Truckee, CA 96160

-o-

#### **Personalmente:**

Tahoe Forest Hospital  
Financial Counseling  
10121 Pine Ave  
Truckee, CA 96161



## Solicitud de asistencia económica

### Lista de verificación

*Ponga sus iniciales en la línea en la que cada punto esté completado e incluido en su solicitud o ponga N/A.*

#### Para todos los solicitantes:

- \_\_\_\_\_ **Formulario de solicitud firmado y completado**
  - \_\_\_\_\_ **Carta de dificultades**
  - \_\_\_\_\_ **Copia de la carta de denegación de Medi-Cal**
  - \_\_\_\_\_ **Otras constancias de ingresos (enumérelas):** \_\_\_\_\_
- 

#### Si presentó una declaración del impuesto sobre la renta federal:

- \_\_\_\_\_ **Declaración del impuesto sobre la renta federal completa**  
**(Formulario 1040) del año más reciente**
  - \_\_\_\_\_ **W-2 del año más reciente**
  - \_\_\_\_\_ **Anexo C, si trabaja por cuenta propia**
  - \_\_\_\_\_ **Anexos adicionales (por favor, enumérelos):** \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ **Declaración de la renta del cónyuge, si está casado y declara por separado**
- 

#### Si no presentó una declaración del impuesto sobre la renta:

- \_\_\_\_\_ **2 últimos meses de talones de pago**
- \_\_\_\_\_ **Carta explicando por qué no presentó los impuestos federales**
- \_\_\_\_\_ **3 extractos bancarios más recientes**

Para los pacientes que soliciten únicamente la elegibilidad para el programa de pago con descuento, el hospital solamente podrá solicitar talones de pago o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes como documentación de ingresos. El hospital podrá aceptar otras formas de documentación de los ingresos, pero no las exigirá.



TAHOE  
FOREST  
HOSPITAL  
DISTRICT

## Solicitud de asistencia económica

Los pacientes que solamente soliciten la elegibilidad para el programa de pago con descuento pueden recibir menos asistencia económica que la que puede estar disponible en virtud del programa de atención de beneficencia.

Nota: Autoridad citada: Secciones 127010 y 127435, Código de Salud y Seguridad.

Referencia: Sección 127405, Código de Salud y Seguridad.

Nombre del paciente/garante		Número de Seguro Social del paciente/garante	
Nombre del cónyuge		Fecha de nacimiento del paciente/garante	
Dirección de correo		Teléfono de la casa/celular	
		Número de teléfono del trabajo	

### CUENTAS

Escriba todas las cuentas para las que solicita asistencia:


¿TIENE ALGÚN ENCUENTRO MSC (MULTISPECIALTY CLINIC) RELACIONADO QUE DEBA TENERSE EN CUENTA? SÍ / NO

### SITUACIÓN FAMILIAR

Enumere a todos los dependientes que usted sostiene

	Nombre	Edad	Relación
1			
2			
3			
4			
5			

### SITUACIÓN LABORAL

Empleador del paciente/garante	Puesto



## Solicitud de asistencia económica

Persona de contacto	Teléfono
Empleador del cónyuge	Puesto
Persona de contacto	Teléfono

<b><u>INGRESOS</u></b>		
	Paciente/Garante	Cónyuge
1. Sueldos y salarios brutos/año (antes de las deducciones)		
2. Ingresos de trabajador por cuenta propia/año		
Otros ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Arrendamientos y rentas de bienes inmuebles		
5. Seguro Social		
6. Pensión alimenticia		
7. Manutención de los hijos		
8. Desempleo/Discapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las otras fuentes (adjunte la lista)		
<b>Ingresos totales (sume las líneas 1 - 10 arriba)</b>		

<b><u>GASTOS EXTRAORDINARIOS</u></b>	
Dé información sobre cualquier gasto inusual como facturas médicas, quiebra, sentencias judiciales o pagos de acuerdos (adjunte una lista si es necesario).	
Descripción	Cantidad



## Solicitud de asistencia económica


### Página de firmas

Al firmar abajo, yo/nosotros declaro/declaramos que toda la información que se dio es verdadera y correcta según mi/nuestro leal saber y entender. Yo/Nosotros autorizo/autorizamos al distrito hospitalario Tahoe Forest para que verifique cualquier información indicada en esta solicitud. Yo/Nosotros expresamente doy/damos permiso para contactar a mi/nuestro empleador.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

SOLO PARA USO DEL HOSPITAL

Solicitud revisada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado: \_\_ Sí \_\_ No

Motivo de la denegación \_\_\_\_\_

Revisado: 04/2024