



Estimado paciente/garante:

Sabemos que tiene la posibilidad de elegir y le agradecemos la oportunidad que nos ha dado de cuidarlos a usted o a sus seres queridos. Comprendemos que las facturas médicas pueden ser abrumadoras por momentos; por eso, a fin de ayudarlo con eso, Tahoe Forest Health System ofrece un programa de asistencia financiera (Financial Assistance program). Este programa puede asistir a los pacientes que califican y que tienen dificultad para cumplir con sus obligaciones financieras asociadas a los servicios de atención médica recibidos dentro del Health System (Sistema de Salud).

Encontrará adjunta una solicitud de asistencia financiera. Tómese el tiempo para completar la solicitud, adjunte los documentos requeridos, coloque sus iniciales en la lista de verificación y envíe la solicitud completa en un plazo de 30 días posteriores a su recepción. Comprenda que esa información solicitada es necesaria a fin de determinar su elegibilidad para participar en este programa. Si la solicitud no se completa y se devuelve en un plazo de 30 días posterior a la fecha en que se entrega, puede ser rechazada. La solicitud y la información de respaldo son su oportunidad de expresar su necesidad de recibir asistencia financiera a través del Health System.

Una vez que hayamos recibido su solicitud completa, espere hasta 90 días para su procesamiento. Una vez que su solicitud se haya procesado, usted recibirá una carta por correo con el resultado de la solicitud en la que se establecerá si ha recibido aprobación para la asistencia financiera completa o para la asistencia financiera parcial, o bien, si su solicitud se ha denegado. A los servicios de emergencia y de urgencia se les da prioridad en comparación con los servicios opcionales. Si solicita servicios que no son de emergencia, conceda más tiempo para su consideración. Es posible que se le solicite acordar modos de pago hasta que se haya tomado una determinación. El Health System ofrece opciones flexibles de planes de pago a través de HELP Financial. Tenga en cuenta que solo las cuentas a través de Tahoe Forest Health System son potencialmente elegibles para este programa.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o los documentos solicitados, necesita asistencia con la solicitud, o desea establecer un plan de pago, comuníquese con uno de nuestros asesores financieros llamando a los teléfonos (530)-582-6458.

Gracias.

Su equipo de Asesoramiento financiero (Financial Counseling)



Solicitud de asistencia financiera

Instrucciones:

1. **Complete la solicitud adjunta en su totalidad.** Si un área no se aplica a usted, coloque N/A. Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, adjunte una página adicional. El tamaño del grupo familiar está determinado por la cantidad de personas indicadas en la declaración de impuestos, incluidos el cónyuge o los dependientes. La solicitud debe estar firmada y fechada para que se considere completa.
2. **Adjunte todos los documentos requeridos. Las solicitudes deben incluir lo siguiente:**
 - a. **Carta de dificultades** en la que se explique por qué está solicitando asistencia y cualquier circunstancia especial que demuestre la necesidad. Comente cuáles son sus condiciones de vida, gastos, circunstancias inusuales, etc. Incluya la naturaleza de los servicios en relación con los cuales está solicitando asistencia (es decir, visita a la sala de emergencias, cirugía, servicios opcionales, etc.). Mientras más información proporcione en la que explique su situación, mejor podrá el Health System (Sistema de Salud) determinar la necesidad de asistencia financiera.
 - b. **Copia de la carta de denegación de Medi-Cal** si presentó la solicitud y esta fue denegada en el último año.
 - c. **Documentos de constancia de ingresos:**
 - i. **Si presentó una declaración federal de impuestos, debe presentar una copia de lo siguiente:**
 1. Declaración federal de impuestos sobre la renta (Formulario 1040) y formulario W-2 del último año. Debe incluir todos los anexos (es decir, Anexo C para trabajo autónomo) y documentos adjuntos que se presentan ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) a fin de que su solicitud se considere completa. No se requieren los impuestos estatales.
 2. Si está casado y realiza la presentación por separado, debe incluir ambos grupos de impuestos.
 - ii. **Si no presentó una declaración federal de impuestos, debe presentar lo siguiente:**
 1. Recibos de pago de los últimos dos (2) meses y formulario W-2 del último año.
 2. Una carta en la que se explique por qué no presentó una declaración federal de impuestos sobre la renta.
 3. Últimos tres (3) estados de cuenta bancarios.
 - iii. **Si no tiene documentación de constancia de ingresos, explique de qué manera se sustenta/sustenta a su familia en la carta de dificultades.**
 - iv. **Cualquier otra documentación de constancia de ingresos, como aportes a la cuenta de jubilación individual (Individual Retirement Account, IRA), fondos del Seguro Social, etc.**
3. **Coloque sus iniciales en la lista de verificación** para asegurarse de que todos los documentos solicitados estén adjuntos. Si la opción no se aplica a usted, coloque N/A.
4. **Envíe la solicitud completa** con todos los documentos a la dirección que figura a continuación o entréguelos en el mostrador del vestíbulo principal del hospital en un plazo de 30 días posteriores a su recepción.

Envíe la solicitud completa por:

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

-0-

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



Solicitud de asistencia financiera

Lista de verificación

Coloque sus iniciales en la línea para indicar que cada una de las opciones está completa y se incluye en la solicitud, o bien coloque N/A.

Para todos los solicitantes:

- _____ Formulario de solicitud firmado y completo
 - _____ Carta de dificultades
 - _____ Copia de la carta de denegación de Medi-Cal
 - _____ Constancia de ingresos adicional (indicar): _____
-

Si presentó una declaración federal de impuestos:

- _____ Declaración federal de impuestos completa (Formulario 1040) del último año
 - _____ Formulario W-2 del último año
 - _____ Anexo C, si es trabajador autónomo
 - _____ Otros anexos (indicar): _____
 - _____ Declaración de impuestos del cónyuge, si está casado y realiza la presentación por separado
-

Si no presentó una declaración federal de impuestos:

- _____ Recibos de pago de los últimos 2 meses
- _____ Carta en la que se explique por qué no presentó una declaración federal de impuestos
- _____ Últimos 3 estados de cuenta bancarios



TAHOE
FOREST
HOSPITAL
DISTRICT

Solicitud de asistencia financiera

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

CUENTAS

Indique todas las cuentas en relación con las cuales solicita asistencia:

¿TIENE ALGUNA REUNIÓN CON MSC (MULTISPECIALTY CLINIC) RELACIONADA QUE DEBA CONSIDERARSE? SÍ / NO

SITUACIÓN FAMILIAR

Indique todos los dependientes a los que brinda sustento.

	Nombre	Edad	Relación
1			
2			
3			
4			
5			

SITUACIÓN LABORAL

Empleador del paciente/garante	Puesto
Persona de contacto	Teléfono



TAHOE
FOREST
HOSPITAL
DISTRICT

Solicitud de asistencia financiera

Empleador del cónyuge	Puesto
Persona de contacto	Teléfono

<u>INGRESOS</u>		
	Paciente/garante	Cónyuge
1. Sueldo y salario brutos por año (antes de las deducciones)		
2. Ingresos por trabajo autónomo por año		
Otros ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Arrendamientos de bienes inmuebles y alquileres		
5. Seguro Social		
6. Pensión alimenticia		
7. Sustento de menores		
8. Desempleo/Discapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las demás fuentes (adjuntar lista)		
Ingresos totales (sumar las líneas 1 a 10 anteriores)		

<u>GASTOS INUSUALES</u>	
Proporcione información sobre cualquier gasto inusual como facturas médicas, quiebra, sentencias judiciales o pagos de liquidación (adjuntar lista según sea necesario).	
Descripción	Monto



Solicitud de asistencia financiera

Página de firmas

Al firmar a continuación, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es correcta y verdadera a mi/nuestro leal saber y entender. Autorizo/autorizamos a Tahoe Forest Hospital District a verificar la información mencionada en esta solicitud. Expresamente otorgo/otorgamos permiso para comunicarse con mi/nuestro empleador.

Firma del paciente/garante Fecha

Firma del cónyuge Fecha

SOLO PARA USO DEL HOSPITAL

Solicitud revisada por: _____ Fecha: _____

Aprobada: Sí No

Motivo de la denegación _____

Revisión 06/17