

## **PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE CARIDAD Y DESCUENTO EN LOS PAGOS**

### **SOLICITUD**

#### **LOS SOLICITANTES DEBEN REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS PARA QUE SE LES CONSIDERE PARA LA ELEGIBILIDAD A LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE CARIDAD O DESCUENTO EN LOS PAGOS:**

- Se debe enviar la solicitud en el plazo de un año después de la fecha del servicio.
- No debe ser elegible o debe haber agotado a los contribuyentes del gobierno o que no pertenezcan al gobierno.
- No debe tener responsabilidad de terceros.
- Debe presentar la solicitud por los servicios recibidos en el Hospital General Zuckerberg de San Francisco, las Clínicas de Atención Primaria de la Comunidad, el Hospital Laguna Honda, la División de Salud de la Población o los Servicios de Salud del Comportamiento.
- Debe hacer la solicitud por los servicios que aún no hayan sido descontados.
- Deben presentar los talones de pago del trimestre más reciente o de la declaración de impuestos más reciente.
- Debe tener un ingreso del hogar familiar del 500 % o menor al nivel de pobreza federal para que se le considere para la Atención de Caridad.
- Debe proporcionar verificación de los bienes líquidos calificados para que se le considere para la Atención de Caridad.
- Los pacientes o suscriptores que reciban pagos de seguro por los servicios prestados deben entregar los pagos a la Red de Salud de San Francisco para ser elegibles para recibir asistencia financiera.

#### **INSTRUCCIONES DE SOLICITUD:**

- Complete y firme esta solicitud.
- Envíe su solicitud y los documentos de verificación.

**Para los servicios de clínica y de hospital, envíe por correo su solicitud y los documentos de verificación a la siguiente dirección:**

Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center  
Admissions and Eligibility Department  
375 Laguna Honda Blvd, Rm PG 123  
San Francisco, CA 94116

Llame al Departamento de Asistencia Financiera al Paciente al (415)682-5683 para recibir ayuda.

**Para los servicios de salud del comportamiento, envíe por correo su solicitud y los documentos de verificación a la siguiente dirección:**

BHS Program Member Services Department  
1360 Mission St, 2nd Fl  
San Francisco, CA 94103

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de los Servicios de Salud del Comportamiento (Behavioral Health Services, BHS) al (888) 246-3333 para obtener ayuda.

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN PERMANENTE**

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN TEMPORAL (si corresponde)**

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**ELEGIBILIDAD Y REVISIÓN**

¿Cuál es su estado civil?  Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Separado(a)  
 Divorciado(a)  Pareja doméstica

¿Cuenta con seguro médico?  Sí  No  
**Si su respuesta es sí, especifique:  
 Proporcione su tarjeta de seguro.**

¿Tiene una discapacidad que se espera que dure 12 meses?  Sí  No

¿Tiene una solicitud pendiente con Medi-Cal?  Sí  No

¿Se encontraba en periodo de embarazo en la fecha del servicio?  Sí  No N/A

Tamaño de la familia (usted, cónyuge e hijos menores de 21 años) # \_\_\_\_\_

Total del ingreso familiar bruto mensual en el momento de la solicitud: \$ \_\_\_\_\_  
**Presente los talones de pago del trimestre (3 meses) más reciente o de la declaración de impuestos más reciente.**

Total de bienes al momento de la solicitud (**excluidos los planes de jubilación y compensación diferida**): \$ \_\_\_\_\_  
**Proporcione las declaraciones financieras del trimestre (3 meses) más reciente a la fecha de la solicitud.**

Identifique todos los tipos de cuentas de bienes que tenga:  Cheques  Ahorros  Mercado monetario  
 Certificado de depósito  Corretaje  Fondos mutuos  
**Proporcione declaraciones de todas las cuentas que tenga.**



Declaro que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. No tengo seguro o tengo seguro insuficiente y no tengo responsabilidad a terceros. Entiendo que se verificará la información que proporcioné. Entiendo que la información se usará para evaluar la elegibilidad para varios programas federales, estatales y del condado. Entiendo que, si mi información es falsa, seré responsable del monto total de cualquier cuota de los servicios médicos recibidos del Hospital General Zuckerberg de San Francisco y las Clínicas de Especialidad Ambulatorias, las Clínicas de Atención Primaria de la Comunidad, el Hospital Laguna Honda, la Clínica de Salud de la Población o los Servicios de Salud del Comportamiento.

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA:
------------------------	--------

<b>DOCUMENTOS PENDIENTES: LÍMITE DE 30 DÍAS PARA SU ENVÍO</b>	
<input type="checkbox"/> Talones de pago de 3 meses o declaración de impuestos más reciente	<input type="checkbox"/> Todos los estados de cuenta bancarios de 3 meses
Comentarios:	

<b>DETERMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA AL PACIENTE</b>	
<b>Programa de Caridad</b>	<input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> No elegible
<b>Programa de Descuento</b>	<input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> No elegible
<b>Motivos del rechazo:</b>	
<input type="checkbox"/> Incumplimiento.	<input type="checkbox"/> El ingreso es mayor al 500 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL).
<input type="checkbox"/> Tiene seguro por parte del gobierno o Contribuyente que no pertenece al gobierno.	<input type="checkbox"/> Los servicios recibidos ya fueron descontados.
<input type="checkbox"/> Los servicios no se recibieron en el Laguna Honda Hospital and Rehab Center (LHH)	
<input type="checkbox"/> <b>Más de 30 días: no proporcionó las verificaciones solicitadas.</b>	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique). _____	
<b>Determinación de elegibilidad realizada por:</b>	
Nombre en letra de molde: _____	
Firma: _____	Fecha: _____
Fecha enviada al paciente para la determinación final: _____	Iniciales del asesor financiero: _____
cc: Copia enviada al paciente _____	

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

**PROCESO DE APELACIONES PARA SOLICITUDES  
DENEGADAS**

*Determinación • Apelaciones*

Si se determinó que no cumple los requisitos para los programas de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos y desea apelar el rechazo de su elegibilidad, tiene **15 días hábiles** para apelar a partir de la fecha de la determinación de su elegibilidad. Envíe una copia de esta solicitud completa junto con la declaración escrita indicando el motivo de su solicitud de apelación en el espacio que encontrará más abajo a una de las siguientes direcciones:

**Para denegaciones de solicitudes para hospitales y clínicas:** Patient Financial Assistance Manager, Zuckerberg San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Ward 15, San Francisco, CA 94110  
Patient Access Manager, Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center, 375 Laguna Honda Blvd, RM PG123, San Francisco, CA 94116

**Para denegaciones de solicitudes de Servicios de Salud del Comportamiento:** BHS Member Services Department, 1360 Mission, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103

Fecha: \_\_\_\_\_ *Motivo de la apelación • Decisión de la apelación*

**Motivo de la solicitud de apelación**

**DECISIÓN DE LA  
APELACIÓN**

**Programa de Caridad**  Elegible  No elegible

**Programa de Descuento**  Elegible  No elegible

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

