Solicitud de Ayuda Financiera

Stanford Health Care tiene una variedad de opciones disponibles para pacientes sin seguro o sin suficiente seguro. Nuestras opciones de ayuda financiera incluyen:

Sin necesidad de presentar una Solicitud

- **Descuentos para la gente sin seguro médico**: *algunos servicios pueden estar excluidos.*
- **Planes de pago sin intereses** – *Los saldos deben pagarse generalmente dentro de un periodo de 6 meses.*

Necesita presentar una Solicitud

- **Descuentos por necesidad financiera** – Descuentos a una tasa comparable a la de nuestros pagadores gubernamentales. *Algunos servicios podrían estar excluidos.*
- **Ayuda financiera completa** - 100% de la parte que debe pagar el paciente. *Algunos servicios podrían estar excluidos.*
- **Planes de pago extendidos sin intereses** – *Disponibles para los pacientes que reúnen los requisitos para los descuentos por necesidad financiera.*

Para ser considerado candidato para recibir descuentos por necesidad financiera o ayuda financiera total, es necesario presentar una solicitud de ayuda financiera completada y una prueba de sus ingresos. Una vez que recibamos la solicitud completa podremos evaluar si reúne los requisitos para recibir ayuda de los programas del estado o del condado. Si se determina que usted no reúne los requisitos para recibir ayuda de estos programas, evaluaremos su solicitud de ayuda financiera para determinar si Ud. Cumple los requisitos para otorgarle un descuento por necesidad financiera o ayuda financiera completa. Aquellos que cumplan con los requisitos podrían recibir ayuda para el pago de las facturas del hospital para los servicios proporcionados en Stanford Health Care y honorarios médicos de profesionales que trabajan en la Universidad de Stanford.

Los descuentos por necesidad financiera y la ayuda financiera total no están disponibles para todos los servicios. La consideración para servicios futuros se basará en la necesidad médica y los costos catastróficos.

A la hora de considerar la ayuda financiera, nuestra primera prioridad es ayudar a aquellos que han recibido servicios de emergencia. Luego, ayudar a los que han recibido o recibirán servicios no de emergencia, pero necesarios desde el punto de vista médico y que se incluyen en alguna de las siguientes categorías:

A. Categoría 1: Stanford Health Care es el hospital más cercano al hogar del paciente o lugar de trabajo; o

B. Categoría 2: Stanford Health Care no es el hospital más cercano al domicilio del paciente o lugar de trabajo, pero existe uno o más de los siguientes factores:

(a) El paciente tiene una enfermedad única o inusual que requiere de tratamiento en Stanford Health Care (SHC) según lo determine el Gerente de Calidad e Información Médica de SHC.

(b) La atención del paciente promoverá la misión docente de la institución según lo determine el Gerente de Calidad e Información Médica de SHC.

Información importante que se requiere con la Solicitud

Comprobante de ingresos (POI): por favor proporcionar la siguiente información o una explicación de por qué esta información no está disponible. La falta de documentación puede demorar el procesamiento de su solicitud y podría resultar en una denegación de asistencia.

Se llevará a cabo todo esfuerzo razonable para procesar su solicitud con prontitud. Luego de que se revise su solicitud, usted recibirá una carta en la que se le confirmará el resultado. Las solicitudes llenas pueden enviarse por correo con la documentación de apoyo a la siguiente dirección:

Stanford Health Care
Attention: Patient Financial Assistance
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715
También pueden enviarse por fax al (650) 493-8623.

A continuación encontrará un listado de la documentación de POI que es necesaria para la consideración de Asistencia financiera de SHC.

Tipo de ingreso	Documentación requerida
Ingresos Laborales	• Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal • Copia de dos talones de cheques más recientes
Empleo propio	Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal
Seguro social/ jubilación	Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal • Copia de la carta de adjudicación de la administración del Seguro Social indicando el pago mensual • Copia de la notificación de pago mensual de la administración del Seguro Social
Discapacidad	Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal • Copia de la carta de adjudicación de discapacidad indicando el pago mensual de discapacidad • Copia de la notificación de pago mensual de discapacidad
Desempleo	• Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal • Copia de la carta de adjudicación del desempleo indicando la cantidad de beneficio semanal o mensual • Copia de la notificación de pago mensual de desempleo
Manutención conyugal/de menores	Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal • Copia de la carta que indique la suma mensual
Propiedad en alquiler	Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal
Ingresos por concepto de Inversiones	Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal
Comprobante de dependientes	Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) para el actual año fiscal
Comprobante de inscripción (estudiante)	• Copia de carta de inscripción, matrícula o calificaciones del trimestre/semestre actual del instituto de enseñanza superior o universidad.

Stanford HEALTH CARE
STANFORD MEDICINE

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA DE LA SOLICITUD: _____

1. INFORMACIÓN FAMILIAR (POR FAVOR ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS FAMILIARES QUE SE DEBAN CONSIDERAR PARA AYUDA FINANCIERA) -FAVOR DE ESCRIBIR TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE MOLDE-			
Apellido	**Primer nombre**	**Inicial Segundo nombre**	**Número de expediente médico (MRN)**
Apellido	**Primer nombre**	**Inicial Segundo nombre**	**Número de expediente médico (MRN)**

Si el paciente es un menor de edad, por favor anotar el nombre del (de los) padre(s), o guardián como el solicitante y co-solicitante.

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)

RELACIÓN CON EL PACIENTE **ESTADO CIVIL**

☐ **Yo** ☐ **Esposo/a/pareja doméstica** ☐ **Padre** ☐ **Otro** ☐ **Soltero** ☐ **Casado/ Pareja doméstica** ☐ **Divorciado** ☐ **Separado** ☐ **Viudo**

SI MARCÓ SÍ EN LA OPCIÓN DE CASADO O PAREJA DOMÉSTICA: FAVOR DE COMPLETAR LA SECCIÓN 3

APELLIDO	**Primer nombre**	**Inicial Segundo nombre**	**Ciudadano estadounidense** ☐ Sí ☐ No

Fecha de nacimiento	**No. de dependientes** (Aparte de uno mismo y co-solicitante)	**Edad de los Dependientes**	**Teléfono de la casa** ( )

Dirección (No poner PO Box)	**Cuidad**	**Estado**	**Condado**	**Código postal**

Empleador actual	**Dirección, ciudad, estado**	**Puesto**

*** Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo hace que está desempleado?**

3. INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (GARANTE)

RELACIÓN CON EL PACIENTE ☐**Esposo/pareja doméstica** ☐ **Padre** ☐ **Otro**_____

Apellido	**Primer nombre**	**Inicial Segundo Nombre**	**Ciudadano estadounidense** ☐ Sí ☐ No

Fecha de nacimiento	**No. de dependientes** Aparte de uno mismo y co-solicitante)	**Edad de los dependientes**	**Teléfono de la casa** ( )

Dirección (No poner PO Box)	**Ciudad**	**Estado**	**Condado**	**Código postal**

Empleador actual	**Dirección, Ciudad, Estado**	**Puesto**

*** Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo hace que está desempleado?**

4. OTRAS PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA: -- (Todas las preguntas se refieren al paciente)

		Marque la respuesta apropiada
1.	¿El paciente tiene seguro médico? De tenerlo, por favor anote la siguiente información: Nombre del seguro de salud:_____Nombre del suscriptor:_____ Número de identificación del miembro/paciente:_____Número de Grupo:_____ Nombre del Grupo/Empleador:_____En vigor a partir de la fecha:_____ Número de teléfono del seguro de salud:_____	☐ Sí ☐ No
2.	¿El paciente reúne los requisitos para un programa de asistencia médica del estado? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del programa:_____ Condado:_____Número de identificación del paciente:_____	☐ Sí ☐ No
3.	¿El paciente está recibiendo tratamiento por lesiones cubiertas por Compensación Laboral? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del prestador de Compensación Laboral:_____ Nombre del ajustador:_____Teléfono del ajustador:_____ Fecha de la lesión:_____Número del caso o del reclamo:_____	☐ Sí ☐ No
4.	¿El paciente está recibiendo tratamiento por lesiones cubiertas por un tercer pagador, como una Compañía de seguros de automóvil? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del seguro de autos o del abogado:_____ Número de teléfono del seguro de autos o del abogado:_____ Fecha de la lesión:_____Número del caso o del reclamo:_____	☐ Sí ☐ No
5.	¿El paciente es la víctima de un delito? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Fecha de la lesión_____Nombre del encargado del caso: _____ Teléfono del encargado del caso:_____Número de caso:_____	☐ Sí ☐ No

2

5. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Origen de ingreso Mensual	**Solicitante**	**Co-Solicitante**	**Ingreso mensual combinado (Solicitante + Co-Solicitante)**
Ingresos por empleo	$	$	$
Seguro social	$	$	$
Discapacidad	$	$	$
Desempleo	$	$	$
Manutención conyugal/ de menores	$	$	$
Propiedad de alquiler	$	$	$
Ingreso por concepto de inversiones I	$	$	$
Otro[s] use estos espacios	$	$	$
	$	$	$
		Ingreso Total Combinado	$

6. SI NO TIENE INGRESO MENSUAL, POR FAVOR EXPLIQUE CÓMO SE ENCARGA DE SUS GASTOS MENSUALES, SI NECESITA, USE PÁGINAS ADICIONALES.

7. FIRMAS

Certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo a Stanford Health Care a pedir o verificar cualquier parte de la información arriba anotada según sea necesario.

Solicitante	**Fecha**	**Co-solicitante**	**Fecha**
_____	_____	_____	

Devolver la solicitud completada a: **SHC Patient Financial Assistance**

Patient Financial Services
P.O. BOX 740715, Los Angeles, CA 90074-0715