

**Financial Assistance Application  
Solicitud de ayuda económica**

Devuelva la solicitud completa y los documentos de respaldo a:

Cedars-Sinai Medical Center  
Financial Assistance Processing Unit, File 1688  
1801 W. Olympic Blvd.  
Pasadena, CA 91199-1688

Horario de atención: 8:00 a. m.–4:30 p. m.  
Días hábiles: de lunes a viernes  
Teléfono: 323-866-8600  
Correo electrónico: Patient.Billing@cshs.org

**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA,  
INCLUYENDO LA LISTA DE DOCUMENTOS DE RESPALDO NECESARIOS**

Esta es la solicitud para la ayuda benéfica o la ayuda económica del pago con descuento de la Organización. Si tiene alguna pregunta, la información de contacto está arriba.

Para que lo tomen en cuenta, complete esta solicitud para ayudar a la Organización a determinar si usted puede calificar para recibir ayuda benéfica (atención gratuita) o un pago con descuento (atención con pago reducido, pero no gratuita). No podemos asegurar que usted calificará, incluso si presenta la solicitud. Se dará una respuesta por escrito a todos los pacientes que respalden la aprobación/denegación después de que recibamos su solicitud y documentación completas.

La Política cubre la atención médicamente necesaria proporcionada en Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation (“CSMCF”), Huntington Hospital, Huntington Health Physicians, y por los médicos del cuerpo docente, médicos de CSMCF y Huntington Health, incluyendo médicos empleados por grupos de médicos que tienen un acuerdo de servicios profesionales con ellos, y los médicos de emergencias de Cedars-Sinai. Los pacientes programados como pacientes hospitalizados electivos, como pacientes ambulatorios no emergentes o para recibir atención de seguimiento después del alta necesitan la aprobación previa para la ayuda económica del Vice President, Finance y Chief Revenue Cycle Officer o la persona designada. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación.

Puede enviar la solicitud completa, firmada y con fecha por correo postal o correo electrónico.

- La solicitud completa debe incluir la fecha y firma del solicitante.
- No hay plazos obligatorios para enviar una solicitud.
- Además de la solicitud, presente la **documentación de pruebas de ingresos** tanto de usted como de su cónyuge/pareja (si está casado, en una unión civil o con una pareja doméstica). Esta documentación pueden ser **comprobantes de pago** (los dos más recientes) o **declaraciones de impuestos federales** (año anterior).
- Los documentos que falten o no se adjunten pueden provocar un retraso o la denegación de la ayuda económica.

**TENGA EN CUENTA: Si no tiene seguro y cumple los criterios específicos de elegibilidad posibles de Medi-Cal, no es necesario que complete esta solicitud.**

Un paciente deberá, como condición para recibir ayuda benéfica, solicitar la cobertura de Medi-Cal, Healthy Families y County Trauma Program, según corresponda, y, cuando corresponda, la cobertura por medio de Covered California. Lo arriba descrito también deberá aplicarse a los pacientes que residen fuera del estado y a su solicitud de Medicaid en su estado. Antes de recibir un pago con descuento, la Organización puede solicitar que se evalúe la elegibilidad para Medi-Cal, para que el paciente reciba información de los beneficios de Medi-Cal. No obstante, no se exigirá la inscripción en Medi-Cal para recibir un pago con descuento.

### Información del paciente

Nombre del paciente		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico		
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de EE. UU <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Ingresos anuales del grupo familiar: \$ _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		Número de personas en su grupo familiar (según lo reportado en sus impuestos): _____		
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha en que trabajó: _____				
Nombre del empleador		Teléfono		
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal

### Información del cónyuge/pareja doméstica/padre/madre/garante

Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha en que trabajó: _____				
Nombre del empleador		Teléfono		
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal

### Cobertura del seguro

¿Es usted elegible para alguna cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", aporte la siguiente información:		
Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza
Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza
¿Ha solicitado Medi-Cal/Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", describa los resultados de esa solicitud: _____		
¿Se ha evaluado su elegibilidad para Medi-Cal/Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", describa los resultados de esa evaluación: _____		

**Información de ingresos y gastos**

<b>Ingresos mensuales: (actual)</b>	<b>Paciente/garante</b>	<b>Cónyuge/pareja</b>	<b>Total</b>
Ingresos brutos	\$	\$	\$
<b>Gastos de vida básicos mensuales</b>			
<b>Paciente/garante</b>	<b>Cónyuge/pareja</b>	<b>Total</b>	
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$	\$	\$
Mantenimiento de la casa, limpieza y suministros del grupo familiar			
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Ropa y lavandería			
Servicios médicos y dentales			
Pensión alimenticia/manutención de menores	\$	\$	\$
Transporte y automóvil (seguro, combustible, reparaciones, alquiler)	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/cuidado infantil (dependientes menores)	\$	\$	\$
Comida	\$	\$	\$
Seguro	\$	\$	\$
Otros gastos extraordinarios	\$	\$	\$
<b>Gastos mensuales totales</b>	\$	\$	\$

<b>Deuda por gastos médicos (actual)</b>	<b>Paciente/garante</b>	<b>Cónyuge/pareja</b>	<b>Total</b>
Deuda por gastos médicos pendientes en Cedars-Sinai o Huntington Health	\$	\$	\$
Otras deudas por gastos médicos	\$	\$	\$

Sí, doy mi consentimiento para el uso de la posible elegibilidad para la consideración de la ayuda benéfica o el pago con descuento.

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Acepto solicitar cualquier ayuda local, estatal y federal para la que pueda ser elegible, para ayudar a aliviar el costo de cualquier factura de hospital y profesional. Entiendo que la Organización puede verificar la información presentada y autorizo a que se comuniquen con terceros para verificar la veracidad de la información aportada en esta solicitud. Entiendo que si presenté información incorrecta a sabiendas o si la solicitud contiene un error u omisión importante, ya no seré elegible para recibir ayuda económica. Si se me concedió ayuda económica antes, se puede revertir en ese momento y seré responsable de pagar el saldo pendiente.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que envía la solicitud de ayuda económica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/pareja doméstica/garante (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha