

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Devuelva la solicitud completada y los documentos de respaldo a:

Cedars-Sinai Medical Center
 Unidad de procesamiento de ayuda económica
 Archivo 1688
 1801 W. Olympic Blvd, Pasadena, CA 91199-1688

Horario de atención: 8:00 a. m.-4:30 p. m.
 Días de atención: 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 económica de la organización. Si tiene alguna pregunta, la información de contacto está arriba.

Tenemos dos caminos para la ayuda económica. Uno es la manera habitual de enviar una solicitud de ayuda económica máxima (“Ayuda económica general”) para la que podría ser elegible según nuestra política de ayuda económica (la “Política”). La segunda manera tiene requisitos de solicitud abreviados para los pacientes que buscan ayuda económica limitada (“Ayuda económica limitada”).

Para que lo consideren para estos programas de ayuda económica, complete esta solicitud para ayudar a la organización a determinar si usted puede calificar para recibir un descuento. No podemos asegurar que usted califique, aunque presente la solicitud. Se dará una respuesta por escrito, que respalde la aprobación/denegación, a todos los pacientes que presenten su solicitud y documentación completadas.

La Política cubre la atención médicamente necesaria que se da en Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, escuela de médicos de Cedars-Sinai en su capacidad de profesores, los médicos empleados de Cedars-Sinai Medical Care Foundation o los grupos con un acuerdo exclusivo de servicios profesionales, los médicos de emergencia de Cedars-Sinai de Community Urgent Care Medical Group, Inc., Huntington Hospital y Huntington Health Physicians (la “Organización”). Los servicios opcionales/cosméticos y cualquier otro proveedor de servicios fuera de las áreas mencionadas arriba, pueden no estar cubiertos por este programa.

Puede enviar la solicitud completada por correo o email. Presente todos los documentos que se le piden abajo. Los documentos que falten o no se adjunten pueden provocar un retraso o la negación de la ayuda económica. Si no puede proporcionar documentos específicos, presente una carta de explicación.

NO PRESENTAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PUEDE RESULTAR EN LA DENEGACIÓN.

NOTA: SI NO TIENE SEGURO Y CUMPLE LOS CRITERIOS ESPECÍFICOS DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD DE MEDI-CAL, NO ES NECESARIO QUE COMPLETE ESTA SOLICITUD.

Documentos de prueba de ingresos para la solicitud Documentos que debe presentar:	Ayuda económica general	Ayuda económica limitada
Talones de cheques de pago (de los 2 meses anteriores)	Necesario	Necesario
Declaración de impuestos federales (año anterior). <ul style="list-style-type: none"> • Si no ha presentado la declaración de impuestos federales, presente los formularios W2 o 1099 más recientes. • Si la presentación de la declaración de impuestos federales se retrasó por discapacidad temporal o desempleo, presente el formulario de no declaración de impuestos. Puede obtener copias llamando al 1-800-908-9946 o visitando www.irs.gov/individuals/get-transcript (use el formulario 4506-T o 4506T-EZ). 	Necesario	Necesario
Declaraciones de verificación de desempleo, Seguro Social o discapacidad (de dos meses anteriores)	Necesario	Opcional

Extractos bancarios de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de la cooperativa de crédito (dos meses anteriores e incluir todas las páginas).	Necesario	Opcional
Verificación de alquiler o hipoteca.	Necesario	Opcional
Carta de respuesta a la solicitud de Medi-Cal (aprobación o negación), si aplica.	Necesario	Opcional

Documentos del cónyuge/pareja:

- Si está casado, en unión civil o pareja doméstica, presente los documentos de “Prueba de ingresos” de su cónyuge/pareja. Consulte la lista de los documentos que está arriba, incluyendo, entre otros, cheques de pago, declaraciones de verificación, declaraciones de impuestos federales, formularios W2 o 1099, formularios de retraso en la presentación, extractos bancarios y pensión alimenticia/manutención de menores.

Solicitud completada:

- La solicitud completada debe incluir la fecha y la firma del solicitante.

Elección de ayuda económica limitada o general

Los solicitantes de la ayuda económica limitada solo son elegibles para la ayuda económica de hasta la mitad de la cantidad que se daría por los mismos servicios con una solicitud de ayuda económica completa.

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Marque el tipo de ayuda económica al que le interesa aplicar:

- Ayuda económica limitada (limitada, con un rango del 0 % al 50 %)
- Ayuda económica completa (sin límite, con un rango del 0 % al 100 %)

Marque si alguno de los siguientes programas o experiencias se aplican al solicitante:

- Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Elegible para Medi-Cal, pero no en la fecha de servicio
- Sin casa
- Fallecido sin patrimonio

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
Número de la casa	Número de 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"/> Trabajador por cuenta propia <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"/> Trabajador por cuenta propia <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, indique lo siguiente:		
--	--	--

Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza
Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza

INFORMACIÓN DE GASTOS Y ACTIVOS

Ingresos mensuales actuales	Paciente/garante	Cónyuge/pareja	Total
Sueldo bruto	\$	\$	\$
Ingresos netos como trabajador por cuenta propia	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
Bienes inmuebles o propiedades de alquiler	\$	\$	\$
Seguro Social/jubilación/discapacidad	\$	\$	\$
Pagos de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
Ingresos mensuales totales	\$	\$	\$

Gastos básicos	Paciente/garante	Cónyuge/pareja	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Pago de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$

Pago de préstamo/arrendamiento de auto	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/cuidado infantil (dependientes menores)	\$	\$	\$
Comida	\$	\$	\$
Seguro	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$	\$
Deuda actual por gastos médicos			
Paciente/garante	Cónyuge/pareja	Total	
Deuda por gastos médicos pendientes (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Otras deudas por gastos médicos	\$	\$	\$
Activos (excluyendo cuentas de jubilación)			
Paciente/garante	Cónyuge/pareja	Total	
Cuentas de cheques/ahorros/cooperativas de crédito	\$	\$	\$
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado de dinero/brokers	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Total de activos	\$	\$	\$

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. 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 presentada 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 del saldo pendiente.

Firma de la persona que pide la ayuda económica

Fecha

Firma del cónyuge/pareja doméstica/garante (si aplica)

Fecha