Se aplica a:
Central California Rehabilitation Hospital
Rehabilitation Hospital of Southern California
Sacramento Rehabilitation Hospital
Stockton Regional Rehabilitation Hospital

SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DIFICULTADES ECONÓMICAS

Se adjunta un formulario de declaración de información financiera que debe completarse para determinar si usted reúne los requisitos para una excepción por dificultades económicas a través del programa de pago con descuento o asistencia de caridad. El formulario de declaración de información financiera debe completarse en su totalidad. Si solo solicita un pago con descuento, debe adjuntar un comprobante de ingresos que incluya:

1. Recibos de pago recientes emitidos en un período de seis (6) meses antes o después de que se facture al paciente por primera vez o en el caso de servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud o
2. Declaraciones de impuestos que documenten los ingresos del paciente correspondientes a los 12 meses previos en que se facturó por primera vez al paciente o en el caso de los servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.

A continuación, se revisará la declaración financiera y se tomará una decisión. Según cuál sea su situación financiera, puede recibir un descuento porcentual de los gastos incurridos o un descuento del 100 %, lo que se conoce como asistencia de caridad.

En ERNEST HEALTH, se archivarán todas las reclamaciones de todos los seguros, Medicare y responsabilidad civil. Si cumple los requisitos de alguno de los programas financiados por el estado, facilite información sobre el estado de su solicitud.

El formulario de declaración de información financiera solo estará vigente para las fechas de servicio que se estén prestando en ese momento y no cubrirá los servicios indefinidamente.

ESTA SOLICITUD NO SE APLICA A LA FACTURACIÓN DE LOS MÉDICOS POR SUS SERVICIOS PERSONALES. USTED DEBE COMUNICARSE CON DICHOS MÉDICOS PARA COORDINAR EL PAGO DE SUS FACTURAS.

Indique si solicita asistencia de caridad o pago con descuento marcando la casilla correspondiente a continuación:

_____ Asistencia de caridad: si se aprueba, puede proporcionar hasta una exención total de los saldos del paciente para las fechas de servicio aprobadas.

_____ Pago con descuento: si se aprueba, puede permitir un pago reducido de todos los saldos del paciente por las fechas de servicio aprobadas. Si solicita el pago con descuento, la ayuda económica puede ser inferior a la que estaría disponible en virtud de la asistencia de caridad.

Al firmar a continuación y enviar el formulario de declaración de información financiera, acepta, a su leal saber y entender, que la información incluida en el presente documento es correcta.

_____ _____

Firma del solicitante Fecha

Aprobado: _____ Sí _____ No

Aprobado o no aprobado por:

_____ _____

(Director Financiero [CFO] o Director General [CEO]) Fecha

Monto aprobado: _____ Saldo adeudado (si corresponde): _____

Se aplica a:
Central California Rehabilitation Hospital
Rehabilitation Hospital of Southern California
Sacramento Rehabilitation Hospital
Stockton Regional Rehabilitation Hospital

Formulario de declaración de información financiera

Nombre del paciente	Dirección, ciudad, estado, código postal	¿Hace cuánto que reside en esta dirección?
Persona responsable	Dirección, ciudad, estado, código postal	¿Hace cuánto que reside en esta dirección?

Obligaciones mensuales:

Hipoteca/alquiler: $ _____

1.er titular de la hipoteca: _____ 2.º titular de la hipoteca: _____

Cuota de condominio: $_____

Factura de electricidad o gas promedio: $_____
Factura telefónica promedio: $_____ Factura de agua promedio: $_____

Costos de seguro: $_____ Pago de vehículo: $_____
Gastos por alimentos promedio: $_____

Tarjetas de crédito (desglosar por tipo):

_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____

Manutención de menores: $_____ Cuota alimentaria: $_____

Otros gastos médicos o dentales: $_____Otros gastos: $_____

Total de gastos: $_____

Ingresos mensuales:

Su empleador: _____Ingreso mensual (antes de impuestos): $_____

Empleador de su cónyuge: _____Ingreso mensual (antes de impuestos): $_____

Adjunte copias de:

1. Recibos de pago recientes emitidos en un período de seis (6) meses antes o después de que se facture al paciente por primera vez o en el caso de servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud o
2. Declaraciones de impuestos que documenten los ingresos del paciente correspondientes a los 12 meses previos en que se facturó por primera vez al paciente o en el caso de los servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.

Si lo desea, puede presentar otros documentos que demuestren sus ingresos, pero no es obligatorio presentar pruebas adicionales. Si no tiene comprobantes de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

Ingreso mensual por manutención de menores o cuota alimentaria: $_____
Otros ingresos: $_____

Total de ingresos mensuales: $_____

Monto que el paciente considera que puede pagar por los servicios cada mes
$_____

La información anterior es confidencial.

_____ _____

Fecha Firma del paciente o de la persona responsable

Saldo estimado del paciente después de pagar el seguro: $_____

Se aprueba la cuenta para: $_____

Observaciones: _____

Gerente de Cuentas de Pacientes: _____ Fecha: _____

Gerente de la Oficina Comercial: _____ Fecha: _____

Director financiero [CFO]/director general [CEO]) _____

Fecha: _____