

Rady Children's Hospital – San Diego

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Instrucciones

El Programa de Asistencia Financiera del Rady Children's Hospital San Diego ofrece asistencia financiera a los pacientes con necesidades de atención médica y que son de bajos ingresos, no tienen seguro o con seguro insuficiente, no son candidatos para un programa gubernamental y no pueden pagar de otra manera la atención médica necesaria basándose en su situación financiera familiar individual.

Para determinar si un paciente/garante reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera.

Por favor, complete la solicitud adjunta y devuélvala con copias de lo siguiente:

1. Documentación de los ingresos del paciente/familia. Los ingresos pueden ser verificados a través de cualquiera de los siguientes mecanismos: 1. Declaraciones de impuestos (preferido) 2. Comprobantes de pago recientes/remisión de cheques o verificación telefónica por parte del empleador

Si el paciente/garante no puede proporcionar la documentación de ingresos, Rady Children's puede, a su sola discreción, requerir que el paciente/garante haga una declaración firmada bajo pena de perjurio en cuanto a (i) la veracidad de cualquier información de ingresos proporcionada en el formulario de solicitud de asistencia financiera, (ii) una explicación de por qué no han proporcionado la documentación de ingresos, y (iii) la verificación de la exactitud del cálculo de Rady Children's de sus ingresos.

2. Documentación de los bienes si (a) solicita la atención de Charity Care y (b) es solicitada por Rady Children's.
3. Si el paciente está asegurado y el paciente/garante está solicitando sobre la base de altos gastos médicos, la documentación de los gastos médicos pagados efectivamente por el paciente, incluyendo, en su caso, los gastos médicos no incurridos en el Hospital en los 12 meses anteriores. No se tendrán en cuenta los gastos incurridos por el garante que no estén relacionados con el paciente. Los gastos deben alcanzar o superar el 10% de los ingresos anuales de los 12 meses anteriores.
4. Documentación de la presencia o ausencia de cobertura médica de terceros (seguro privado, incluida la cobertura ofrecida a través del California Health Benefits Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, Worker's Compensation, seguro de automóvil u otros).
 - a. Se espera que todos los pacientes y/o garantes que soliciten asistencia financiera busquen opciones de seguro médico público, incluyendo pero sin limitarse a Medi-Cal o California Children's Services, antes de que RCHSD haga una determinación final de elegibilidad para la FAP.

Las solicitudes sin la verificación de ingresos o la declaración firmada se consideran incompletas y no se procesarán. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el Rady Children's Hospital - San Diego al 858-966-4005. Entregue la solicitud y los documentos de verificación de ingresos en un plazo de 21 días naturales por correo o en persona a:

Financial Counseling Department
Rady Children's Hospital – San Diego
3020 Children's Way, MC 5055
San Diego, California 92123-4282

RADY CHILDREN'S HOSPITAL – SAN DIEGO

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Le notificaremos su elegibilidad en el domicilio proporcionado en su solicitud de asistencia financiera.

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 NOMBRE DEL GARANTE _____
 NOMBRE DEL GARANTE _____
 DOMICILIO _____

 TELÉFONO _____

ESTADO DE LA FAMILIA: Enumere todos los dependientes en el hogar

Nombre	Edad	Parentesco
Total de dependientes		

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador del garante: _____ Puesto: _____
 Persona de contacto y teléfono: _____
 Si es un trabajador autónomo, nombre del negocio: _____

Empleador del garante: _____ Puesto: _____
 Persona de contacto y teléfono: _____
 Si es un trabajador autónomo, nombre del negocio : _____

INGRESOS MENSUALES ACTUALES

	Garante	Garante
Salario bruto (antes de las deducciones)	_____	_____
<i>Sume</i> los ingresos de la empresa en funcionamiento (si es un trabajador autónomo))	_____	_____
<i>Igual</i> Ingresos mensuales actuales	_____	_____
Total de ingresos mensuales (combine los dos garantes)	_____	_____

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que Rady Children's Hospital - San Diego verifique el empleo y el historial de crédito con el fin de determinar mi elegibilidad para un descuento financiero. Entiendo que también debo proporcionar los documentos indicados en las instrucciones de la solicitud de asistencia financiera de RCHSD en un plazo de **21 días**. Certifico que todo lo anterior es verdadero y correcto y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que esta información se proporciona para la determinación de una posible Asistencia Financiera para los servicios prestados en el Rady Children's Hospital San Diego; y que los funcionarios del hospital pueden verificar la información de la solicitud; y que la falsificación deliberada de la información puede someterme a una denegación.

 Signature of Guarantor

 Date

 Signature of Guarantor

 Date