

Rady Children's Hospital – San Diego

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR AYUDA ECONÓMICA

Instrucciones:

Como parte de nuestro compromiso para servir a la comunidad, Rady Children's Hospital – San Diego (RCHSD) ha decidido proporcionar ayuda financiera a pacientes / fiadores que tienen necesidades médicas y que son personas de bajo ingreso, sin seguro médico, o que de otra forma no puedan pagar el cuidado médico necesario basado en sus necesidades económicas, como se define por las Normas Federales del Ingreso de Pobreza (*Federal Poverty Income Guidelines*). La ayuda económica no se considera como un sustituto de la responsabilidad personal, y se espera que los pacientes / fiadores cooperen con el proceso llevado a cabo por RCHSD para obtener ayuda financiera, así como que contribuyan a los gastos de su atención médica, en base a su habilidad individual de pago.

Para determinar si el paciente / fiador llena los requisitos para recibir la ayuda económica necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá darle toda la debida consideración a su solicitud para dicha ayuda. Haga el favor de proporcionar la siguiente información, así como copias de los documentos requeridos junto con su solicitud para ayuda económica.

1. Estado de condición financiera y
2. Documentos para verificar su ingreso:
3. Carta de elegibilidad de Medi-cal (Notificación de Acción)

Por favor proporcione <i>uno o más</i> de lo siguiente:	Por favor proporcione una copia de <i>uno</i> de los siguientes:
<p>A. Formulario W-2 IRS, estado de ingresos y de todas las personas asalariadas que viven en la casa;</p> <p>B. Los dos últimos talonarios de ingresos de todas las personas asalariadas que viven en la casa; y/o</p> <p>C. Estados de cuenta bancarios con información de ingresos.</p>	<p>A. Asistencia gubernamental, Seguro Social, o Compensación por accidentes laborales; o</p> <p>B. Carta de compensación por desempleo; o</p> <p>C. Declaración de impuestos del año anterior.</p>

En el caso de que no se disponga de una verificación de ingresos, póngase en contacto con nuestra oficina para recibir instrucciones adicionales. Las solicitudes que no vengán acompañadas de una verificación de ingresos se considerarán incompletas y no serán procesadas. Para solicitar ayuda para completar esta solicitud, llame Rady Children's Hospital – San Diego al 858-966-4912, de lunes a jueves de 8:00 a.m. a 6:30 p.m., y viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. **Por favor, envíe la solicitud y la documentación de verificación de ingresos en un plazo de 14 días calendario, a:**

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

Tome nota de que los médicos que proporcionan servicios en Rady Children's Hospital – San Diego no son empleados de Rady Children's Hospital – San Diego. Usted recibirá una factura por separado de su médico y de otros médicos cuyos servicios usted haya solicitado (esto es, cirujano, radiólogo, patólogo, pediatra especialista en niños hospitalizados, etc.). La Solicitud de Ayuda Económica no cubre ninguna cantidad pendiente que usted deba por honorarios médicos. Para preguntas relacionadas con dichas facturas o para hacer arreglos de pago por honorarios médicos, comuníquese al consultorio del médico en cuestión.

Le notificaremos acerca de su elegibilidad después de recibir y revisar toda la información necesaria. La notificación se enviará por correo al domicilio que usted nos ha proporcionado en su Solicitud de Ayuda Económica.

To be completed by office
Patient Account Number: _____

Rady Children's Hospital – San Diego
DECLARACIÓN DE CONDICIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE _____
NOMBRE DEL FIADOR _____
NOMBRE DEL FIADOR _____
DOMICILIO _____
TELÉFONO _____

CONDICIÓN FAMILIAR: Enumere todos los dependientes que viven en la casa

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Parentesco / Relación</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador: _____

Posición: _____

Nombre y teléfono de persona a contactar:

Si trabaja por cuenta propia, nombre del
negocio: _____

Empleador del cónyuge: _____

Posición: _____

Nombre y teléfono de persona a contactar:

Si trabajo por cuenta propia, nombre del negocio:

INGRESO MENSUAL ACTUAL

	Fiador	Fiador
Ingreso bruto (antes de deducciones)	_____	_____
Agregue Ingreso de negocios activos (si trabaja por su cuenta)	_____	_____
Agregue Otros ingresos:		
Intereses y dividendos	_____	_____
De bienes raíces o de propiedad personal	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Otros (especifique):	_____	_____
Pensión alimenticia o pagos de manutención recibidos:	_____	_____
Substraiga Pensión alimenticia, pagos de manutención	_____	_____
Igual a Ingreso mensual actual	_____	_____
Ingreso mensual total (combine ambos fiadores)	\$ _____	

COMPONENTES FAMILIARES

Total de miembro en la familia Agregue al paciente, fiador y a los dependientes de arriba _____

CANTIDAD DE PERSONAS

Número de las personas que viven en la casa: _____

OTROS BIENES RAICES / PROPIEDAD

¿Es el propietario de su casa? **Sí** **No**

¿Es propietario de otro bien raíz/ propiedad? **Sí** **No**

Si es así, enumérelos:

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en que Rady Children’s Hospital – San Diego revise mi historial de empleo y de crédito con la finalidad de determinar mi elegibilidad para un descuento económico. Entiendo que también necesitaré presentar los documentos señalados en las instrucciones de la Solicitud de Ayuda Económica de RCHSD en un plazo de 14 días.

Firma del Fiador

Fecha

Firma del Fiador

Fecha