

Rady Children's Hospital – San Diego

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Instrucciones

El Programa de Asistencia Financiera (FAP) del Hospital Rady Children's de San Diego proporciona asistencia financiera a pacientes que requieren cuidados de salud médicamente necesarios y que tienen ingresos bajos, no están asegurados o tienen seguros médicos con poca cobertura, no son elegibles para algún programa del gobierno y no pueden pagar por otros medios la atención médicamente necesaria, en base a su situación financiera familiar individual.

Para determinar si un paciente/garante califica para recibir asistencia financiera, necesitamos cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá dar la debida consideración a su solicitud de asistencia financiera.

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

1. Documentación de ingresos del Paciente/Familia. Los ingresos pueden verificarse a través de cualquiera de los siguientes medios:
 - (a) Declaración de impuestos (de preferencia).
 - (b) Comprobantes de pago de sueldo/notificación de envío de cheque de sueldo o verificación telefónica por parte del empleador.
 - (c) Formulario W-2 del IRS.
 - (d) Declaración de sueldo y ganancias.
 - (e) Ingresos del Seguro Social.
 - (f) Cartas de determinación de indemnización laboral o compensación por desempleo
 - (g) Cualificación dentro de los últimos seis meses para programas de asistencias del gobierno (incluyendo cupones para alimentos, Medi-Cal y AFDC).
 - (h) Si el paciente/Garante no puede facilitar la documentación de los ingresos, Rady Children's podrá, a su exclusiva discreción, pedir al paciente/Garante que haga una declaración jurada firmada bajo pena de perjurio respecto a: (i) la veracidad de la información de los ingresos entregada en el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, (ii) una explicación de por qué no han proporcionado la documentación de ingresos y (iii) verificación de la exactitud del cálculo de Rady Children's de sus ingresos.
2. Documentación de pagos por pensión alimenticia para cónyuge y menores, si aplica.
3. Documentación de activos si (a) está solicitando Atención de Caridad y (b) lo exige Rady Children's.
4. Documentación de gastos médicos pagados realmente por el paciente en los últimos 12 meses. No se considerarán los gastos contraídos por el garante que no estén relacionados con el paciente. y debe cumplir con un 10% sobre el ingreso anual antes de los 12 meses.
5. Documentación sobre la *existencia o ausencia* de cobertura de salud de terceros (seguro privado, incluida la cobertura ofrecida a través del sistema California Health Benefits Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare,

indemnización laboral, seguro de automóvil u otros).

- a. Se espera que todos los pacientes o garantes que solicitan asistencia financiera busquen opciones de seguros de salud públicos, incluyendo, pero no limitado a Medi-Cal o California Children's Services, antes de que RCHSD haga una determinación final de elegibilidad de FAP.

Las solicitudes sin verificación de ingresos o declaración firmada se considerarán incompletas y no serán procesadas.

Para asistencia para completar esta solicitud, comuníquese con Rady Children's Hospital – San Diego en el teléfono 858-966-4005. Por favor, entregue la solicitud y documentos de verificación de ingresos en el margen de 21 días naturales, por correo o en persona:

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

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Le notificaremos de su elegibilidad después de recibir y revisar toda la información necesaria. La notificación será enviada a la dirección postal que usted indicó en la Solicitud de Asistencia Financiera.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ NÚM. DE CUENTA _____
NOMBRE DEL GARANTE _____
NOMBRE DEL GARANTE _____
DIRECCIÓN _____
TELÉFONO _____

ESTADO FAMILIAR: Indique todos los dependientes en la casa:

Nombre	Edad	Parentesco
Total de dependientes:		

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador: _____ Cargo: _____
Persona de contacto y teléfono: _____
Si es trabajador por cuenta propia,
nombre de la empresa: _____

Empleador del cónyuge: _____ Cargo: _____
Persona de contacto y teléfono: _____

Si es trabajador por cuenta propia,
nombre de la empresa: _____

INGRESO MENSUAL ACTUAL

	Garante	Garante
Sueldo bruto (antes de los descuentos)	_____	_____
Sumar Ingreso de una Empresa Operativa (si es trabajador por cuenta propia)	_____	_____
Sumar Otros ingresos:		
Interés y dividendos	_____	_____
De Propiedades inmobiliarias o bienes propios	_____	_____
Seguro social	_____	_____
Otro (especifique):	_____	_____
Pagos recibidos por pensión o ayuda	_____	_____
Restar Pagos realizados por pensión o ayuda	_____	_____
Es igual a Ingreso mensual actual	_____	_____
Ingreso Mensual Total (sumar ambos Garantes)	_____	

Al firmar este formulario, autorizo a Rady Children's Hospital – San Diego a verificar mi historial de empleo y crédito, con el fin de determinar mi elegibilidad para un descuento financiero. Entiendo que también debo presentar los documentos indicados en las Instrucciones de Solicitud de Asistencia Financiera de RCHSD **dentro de 21 días**.

Certifico que toda la información anterior es veraz y correcta, y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da para la determinación de una posible Asistencia Financiera por servicios prestados en Rady Children's Hospital San Diego, y que los empleados del hospital pueden verificar la información de la solicitud, y que una distorsión deliberada de la información puede ser causa de denegación inmediata.

Firma del Garante

Fecha

Firma del Garante

Fecha

