

Solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application - Spanish)

Para fechas de servicio de 2012–2016

La misión de Cottage Health es proporcionar una atención médica de primera calidad y mejorar la salud de nuestras comunidades mediante un compromiso con la práctica de nuestros valores fundamentales de excelencia, integridad y compasión. Como parte de esta misión, Cottage Health se complace en ofrecer un programa de asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar la atención médica de emergencia o la atención médicamente necesaria.

Los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera si sus ingresos familiares no superan el 350 % del nivel federal de pobreza. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean superiores al 350 % del nivel federal de pobreza pueden ser elegibles para recibir un descuento.

Cuando se recibe una solicitud de asistencia financiera completa, el paciente/garante recibirá la confirmación por teléfono o por correo electrónico. Se revisará la solicitud y se enviará por correo una carta sobre la determinación final. Si se necesita documentación adicional, se avisará al paciente/garante.

INSTRUCCIONES:

Para solicitar asistencia financiera, complete la solicitud y adjunte las copias de los siguientes documentos del paciente, del garante (si no es el paciente) y de todos los miembros de la familia del paciente.

- Licencia de conducir o documento de identificación con fotografía
- Declaraciones de impuestos de dos años y los anexos de respaldo (*la declaración de impuestos del año en que se proporcionaron los servicios médicos y del año anterior a ese*)

Familia se define como:

Para pacientes de 18 años de edad en adelante: uno mismo, cónyuge, pareja doméstica (según se define en la Sección 297 del Código de Familia) e hijos dependientes menores de 21 años de edad.

Para pacientes menores de 18 años de edad: uno mismo, padres, parientes encargados del cuidado y otros hijos de los padres o parientes encargados del cuidado (menores de 21 años de edad).

INFORMACIÓN DEL GARANTE (*persona responsable del pago*):

Nombre del garante (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>):		Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (<i>mes, dd, aaaa</i>):
Dirección:		Ciudad, Estado, Código postal:	
Teléfono:	Estado civil:	Tamaño de la familia (<i>según está definida en las instrucciones anteriores</i>):	
Número de cuentas para las que solicita asistencia financiera:		Correo electrónico:	

Dependientes en el año en que se prestaron los servicios:

Nombre completo:	Relación con el garante:	Fecha de nacimiento (<i>mes, dd, aaaa</i>):

Anote cualquier otra información que crea que puede ser útil para determinar su elegibilidad para recibir asistencia con el pago de su factura del hospital, por ejemplo, un cambio en los ingresos: (*Agregue hojas adicionales si fuera necesario*).

CERTIFICACIÓN:

Certifico que toda la información provista es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información se utilizará para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por Cottage Health, y autorizo a Cottage Health a que comparta la información según sea necesario para la verificación y para que considere mi solicitud de asistencia financiera. Estoy consciente de que la ley federal tiene estipulaciones para multas en caso de cualquier declaración falsa o uso de documentos falsos para completar esta solicitud.

Firma del garante:

Fecha:

Envíe por correo esta solicitud a:

Cottage Health
Financial Assistance Program
PO Box 689
Santa Barbara, CA 93102

También puede entregar en persona esta solicitud en cualquiera de las siguientes ubicaciones:

Cottage Health Business Office, 6550 Hollister Ave. Goleta, CA 93117 (**Horario: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.**)
Santa Barbara Cottage Hospital, 400 W. Pueblo St. Santa Barbara, CA 93105
Goleta Valley Cottage Hospital, 351 S. Patterson Ave. Goleta, CA 93111
Santa Ynez Valley Cottage Hospital, 2050 Viborg Rd. Solvang, CA 93463

Para obtener más información, comuníquese con el equipo de Asistencia Financiera de Cottage Health llamando al 805-879-8963.

NOTA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y PAGO POR CUENTA PROPIA:

La ley de California requiere que Cottage Health proporcione la siguiente información a todos los pacientes que reciben servicios en uno de los centros de Cottage Health:

1. Usted debe informarnos si tiene algún tipo de cobertura de seguro médico. Esto incluye la cobertura de una aseguradora médica, el plan de servicio de atención médica, Medicare, Medi-Cal/Medicaid, California Children's Services (Servicios Infantiles de California o CCS, por sus siglas en inglés), programas del condado, el plan Covered California, el programa Healthy Families, u otro programa de cobertura de seguro médico financiado por el estado.
2. Si usted no tiene ninguna cobertura de seguro médico, podría ser elegible para recibir Medicare, Medi-Cal/Medicaid, CCS, el programa Healthy Families, un seguro a través de Covered California, otra cobertura de salud financiada por el estado o condado, o asistencia financiera. Un consejero de inscripción en el Departamento de acceso al paciente de Cottage Health puede ayudarle con las solicitudes para obtener cobertura o asistencia. Los consejeros de inscripción también pueden proporcionarle información de contacto para los programas locales de asistencia legal al consumidor que ayudan a los pacientes sin seguro a obtener cobertura. Puede comunicarse con los consejeros de inscripción llamando al **805-569-7410**, en el horario de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, o sin previa cita en la entrada de Bath Street de Santa Barbara Cottage Hospital.
3. Si no tiene seguro o tiene un seguro inadecuado, o si cumple con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados, podría calificar para recibir un descuento u otra asistencia financiera. Debido a que las leyes federales y estatales requieren que todos los hospitales hagan lo posible para cobrar por los servicios prestados, usaremos nuestro proceso de facturación estándar a menos que usted nos informe acerca de sus circunstancias especiales. Si usted no informa acerca de su necesidad de asistencia financiera, las facturas no pagadas pueden trasladarse a una agencia de cobro. Queremos trabajar con usted, pero necesitamos que responda con información acerca de sus circunstancias para poder ayudarlo. El Programa de asistencia financiera de Cottage Health proporciona asistencia con base en los ingresos o las circunstancias especiales. Comuníquese con nuestro equipo de Asistencia Financiera llamando al 805-879-8963, en horario de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes, o puede llegar sin cita previa a 6550 Hollister Avenue, Goleta. También puede enviar un correo electrónico a CottageBilling@sbch.org si tiene alguna pregunta o si necesita información.
4. Las leyes estatales y federales requieren que los cobradores de deudas lo traten de manera justa y les prohíben hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje obsceno o profano, y hacer comunicaciones indebidas con terceros, incluyendo a su empleador. Excepto bajo circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a. m., ni después de las 9:00 p. m. En general, un cobrador de deudas no puede dar información sobre su deuda a otra persona, que no sea su abogado o cónyuge. Un cobrador de deudas puede contactar a otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir una resolución judicial. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Federal Trade Commission (Comisión Federal de Comercio o FTC, por sus siglas en inglés) por teléfono llamando al **1-877-FTC-HELP (877-382-4357)** o en línea en www.ftc.gov.
5. Esta factura es por los servicios prestados por uno de los centros de Cottage Health y no incluye los cargos de sus médicos. Usted recibirá facturas separadas de cada uno de los médicos o grupos de médicos que participaron en su tratamiento. Para obtener más información, comuníquese con nuestra Oficina Administrativa de Cottage Health llamando al **805-695-2518**

FOR INTERNAL USE ONLY

- Emergent FA Request
- Non-Emergent FA Request