

Solicitud de asistencia financiera

Financial Assistance Application - Spanish

La misión de Cottage Health es proporcionar atención médica de alta calidad y mejorar la salud de nuestras comunidades a través de un compromiso con nuestros valores fundamentales de excelencia, integridad y compasión. Como parte de esta misión, Cottage Health se complace en ofrecer un programa de apoyo financiero para pacientes que no pueden pagar los gastos de una emergencia o la atención médica necesaria.

Los pacientes serán elegibles para recibir apoyo financiero si el ingreso de su familia no supera el 350 por ciento del nivel federal de pobreza. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea superior al 350 por ciento del nivel federal de pobreza podrían ser elegibles para un descuento.

Cuando se reciba una solicitud de apoyo financiero completada, el paciente/garante recibirán la confirmación a través del teléfono o del correo electrónico y todas las cuentas mencionadas se pondrán en espera temporal del ciclo de facturación, hasta recibir la decisión final. La solicitud será revisada y una carta con la determinación final será enviada dentro de los 14 días hábiles siguientes. Si se requiere documentación adicional, el paciente/garante será notificado.

INSTRUCCIONES:

Para solicitar apoyo financiero, complete la solicitud y anexe copias de la siguiente documentación para el paciente, el garante (si es diferente al paciente) y todos los miembros de la familia del paciente.

- Licencia de conducir o identificación con fotografía
- Declaraciones de impuestos y formatos adjuntos a ellas (de los 2 años previos)
- Beneficios del seguro social, si es aplicable
- Talones de pago de todos los empleos (de los 3 meses previos)
- Estados de cuenta de todas las cuentas bancarias (de los 3 meses previos)
- Formulario W-2 más reciente o declaraciones de desempleo

La familia se define como:

Para los pacientes de 18 años o más: ellos mismos, cónyuge, compañero doméstico (según se define en la sección 297 del Código Familiar) e hijos dependientes de menos de 21 años de edad.

Para los pacientes menores de 18 años: ellos mismos, padres, parientes que sean cuidadores y otros niños (de menos de 21 años de edad) de los padres o de los parientes que sean cuidadores.

INFORMACIÓN DEL GARANTE (persona responsable del pago):

| | | | |
|---|---------------------|---|--------------------------------------|
| Nombre del garante (primero y segundo nombres, apellido): | Número del garante: | Número de seguro social: | Fecha de nacimiento (Mes, DD, AAAA): |
| Dirección: | | Ciudad, estado y código postal: | |
| Teléfono: | Estado civil: | Tamaño de la familia (según se define en las instrucciones más arriba): | |
| Números de cuenta para los que solicita apoyo financiero: | | Correo electrónico: | |

Empleo del garante:

| | | | |
|--|---|---------------------------------|--|
| Empresa donde trabaja el garante:* | Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante | | |
| Dirección de la empresa donde trabaja: | | Ciudad, estado y código postal: | |
| Nombre del supervisor: | | Teléfono del supervisor: | |

*En caso de trabajar en varias empresas, adjunte una hoja adicional.

INFORMACIÓN DEL GARANTE *continúa:*

Empleo de otros miembros de la familia:

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nombre del miembro de la familia:* | | Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante | |
| Empresa donde trabaja el miembro de la familia: | Dirección de la empresa donde trabaja: | Ciudad, estado y código postal: | |
| Nombre del supervisor: | | Teléfono del supervisor: | |

**En caso de que haya varios miembros de la familia y/o trabajen en varias empresas, adjunte una hoja adicional.*

Dependientes:

| Nombre completo: | Relación con el garante: | Fecha de nacimiento (Mes, DD, AAAA): |
|------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Podría ser elegible para recibir Medicare, Medi-Cal/Medicaid, CCS o el Programa de Familias Sanas, seguro a través de Covered California u otra cobertura médica con fondos estatales o del condado. Cuando un paciente o el garante de un paciente solicita o tiene una solicitud en trámite para un programa de cobertura de salud en el mismo momento en que solicita el apoyo financiero o un programa de pago con descuento, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa. Tenemos asesores de inscripción que están disponibles para ayudarle con las solicitudes de cobertura. **Marque la casilla apropiada:**

- Deseo que un asesor de inscripción se comunique conmigo para analizar mis opciones
- Solicité cobertura y recibí cobertura
- Solicité cobertura y no soy elegible
- Solicité cobertura y mi solicitud está pendiente
- No me interesa solicitar cobertura en ninguno de estos programas
- Otro: _____

Incluya cualquier otra información que en su opinión sería útil al determinar su elegibilidad para asistencia en el pago de su factura del hospital, por ejemplo, un cambio en los ingresos: *(Adjunte una hoja por separado, si es necesario).*

CERTIFICACIÓN:

Certifico que toda la información mencionada arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que toda la información se usará con el fin de determinar mi capacidad de pagar los servicios que proporciona Cottage Health, y otorgo mi permiso a Cottage Health para que comparta la información según sea necesario con fines de verificación y para considerar mi solicitud de asistencia financiera. Sé que la ley federal estipula multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos en el llenado de 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 presentar esta solicitud en persona, en cualquiera de las siguientes ubicaciones:

Cottage Health Business Office, 6550 Hollister Ave. Goleta, CA 93117 (**Horario:** 8:00 a. m.–4:00 p. m., lunes–viernes)
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

Si desea información adicional, comuníquese por teléfono con el equipo de Cottage Health Financial Assistance al 805-879-8963.

FOR INTERNAL USE ONLY

- Emergent FA Request
- Non-Emergent FA Request

NOTA SOBRE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y EL PAGO POR EL PACIENTE:

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

1. Debe informarnos si tiene cualquier tipo de cobertura de seguro médico. Esto incluye la cobertura de una aseguradora médica, plan de servicios de atención médica, Medicare, Medi-Cal/Medicaid, Servicios Infantiles de California (California Children's Services, CCS), programa del condado, el plan Covered California, Programa Familias Sanas (Healthy Families Program), u otro programa de cobertura del seguro médico con fondos estatales.
2. Si no tiene cobertura de ningún seguro médico, podría ser elegible para Medicare, Medi-Cal/Medicaid, CCS, Programa Familias Sanas (Healthy Families Program), seguro a través de Covered California, Programa Familias Sanas, cobertura médica con fondos estatales o del condado, o asistencia financiera. Un asesor de inscripción del Departamento de Acceso para Pacientes (Patient Access Department) de Cottage Health puede ayudarle con las solicitudes de cobertura o asistencia. Los asesores de inscripción también pueden brindarle información de contacto de programas de asistencia legal a consumidores, que ayudan a los pacientes sin seguro en la obtención de cobertura. Puede ponerse en contacto con los asesores de inscripción al **805-569-7410**, de las 7 a. m. a las 6 p. m., de lunes a viernes, o puede presentarse sin cita en la entrada de Bath Street del Santa Barbara Cottage Hospital.
3. Si carece de seguro o este es insuficiente, o si cumple ciertos requisitos de ingreso bajo e intermedio, podría cumplir con los requisitos para obtener un descuento u otra asistencia financiera. Las leyes federales y estatales requieren que todos los hospitales se esfuercen razonablemente en cobrar el pago de servicios, por lo que usaremos nuestro procedimiento de facturación estándar, a menos que nos informe de sus circunstancias especiales. Las facturas no pagadas se podrían transferir a una agencia de cobranza si no nos comunica su necesidad de asistencia financiera. Queremos colaborar con usted, pero necesitamos que responda con información acerca de sus circunstancias para poder ayudarlo. El Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program) de Cottage Health brinda asistencia con base en los ingresos o circunstancias especiales. Póngase en contacto con nuestro equipo de Servicio al cliente (Customer Service) al **805-879-8963**, de las 8 a. m. a las 4 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes, o puede presentarse sin cita en 6550 Hollister Avenue, Goleta. También puede enviar un mensaje de correo con sus preguntas o información a CottageBilling@sbch.org.
4. La ley estatal y federal requiere que los cobradores de adeudos lo traten de manera adecuada y les prohíbe hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje obsceno o insultos, o comunicarse inapropiadamente con terceros, incluido su empleador. Salvo en circunstancias inusuales, los cobradores de adeudos no pueden contactarlo antes de las 8:00 a. m. o después de las 9:00 p. m. En general, un cobrador no puede proporcionar información sobre su deuda a otra persona, salvo su abogado o cónyuge. Un cobrador podría contactar a otra persona para confirmar la ubicación de usted o forzar un juicio. Si desea más información acerca de las actividades de cobranza, puede contactar telefónicamente a la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission) al **1-877-FTC-HELP** (877-382-4357) o en línea, en www.ftc.gov.
5. Esta factura corresponde a servicios brindados por una de las instalaciones de Cottage Health y no incluye los honorarios de sus médicos. Recibirá facturas por separado de cada médico o de grupos médicos que participaron en su tratamiento. Si desea más información, comuníquese con la Oficina de negocios de Cottage Health al **(805) 695-2518**.