



Hospital Pacífica of the Valley

Instrucciones para el formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera en Pacifica Hospital of the Valley.

Pacifica Hospital of the Valley ofrece asistencia financiera a personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para atención gratuita o con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. Se brinda asistencia a aquellos pacientes cuyos ingresos familiares son inferiores al 500 % de las pautas federales del nivel de pobreza. Puede encontrar información sobre las pautas federales del nivel de pobreza en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios apropiados proporcionados por Pacifica Hospital of the Valley dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios proporcionados por otras organizaciones. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la discapacidad y la asistencia lingüística al: 818.252.2196

Para que su solicitud sea procesada, debe:

- ☐ Proporcione información sobre tu familia.
- ☐ Bríndenos información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (ingreso antes de impuestos y deducciones)
- ☐ Proporcionar documentación sobre los ingresos familiares.
- ☐ Proporcionar documentación sobre las ventajas físicas familiares.
- ☐ Adjunte más información adicional si es necesario
- ☐ Firme y feche el formulario.

Nota: No es necesario que proporcione un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si usted proporciónenos su número de Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que se nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social, marque “no aplicable” o “NA”.

Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a:

Pacifica Hospital of the Valley, 9449 San Fernando RD, Sun Valley CA 91352, Fax: 818.252.2354
Asegúrese de conservar una copia para usted.

Para enviar su solicitud completa en persona: Pacifica Hospital of the Valley, 9449 San Fernando RD. Sun Valley CA, 91352. Le notificaremos sobre la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de ingresos. Al enviar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que realicemos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones e información financieras. Queremos ayudar. ¡Envíe su solicitud lo antes posible! Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.

Solicitud de asistencia médica y financiera confidencial de PHV

Centro Médico:	Acct. #:	Nombre del paciente:	NSS:	FDN:
Dirección del paciente:				
Teléfono del paciente:		Teléfono de trabajo del paciente:		

SECCIÓN A

CRIBADO DE ASISTENCIA MÉDICA – Por favor marque la respuesta “Y” si es sí y “N” si es no.

Y/N

1. ¿El paciente es menor de 21 años o mayor de 65 años?	/	5. ¿La paciente está embarazada o el ingreso estuvo relacionado con el embarazo?	/
2. ¿Es el paciente padre soltero de un niño menor de 21 años?	/	6. ¿El paciente estará potencialmente discapacitado durante 12 meses o más?	/
3. ¿Es el paciente cuidador o tutor de un niño menor de 21 años?	/	7. ¿Es el paciente víctima de un delito??	/
4. ¿Es el paciente padre casado de un hijo menor de edad? <i>En caso de si, ¿el paciente tiene una incapacidad de 30 días?</i>	/	8. ¿Tiene el paciente una póliza “COBRA” u otra póliza de seguro cuya prima haya caducado?	/

SECCIÓN B

Para determinar las calificaciones para cualquier descuento o programa de asistencia, es necesaria la siguiente información.

RESPONSABLE/GARANTE

Individuo responsable:		Relación con el paciente:	
NSS:	FDN:		
Dirección adonde vive		Teléfono #:	
Dirección de Trabajo:		Teléfono #:	
Ingresos totales:	Circule uno- Por Hora Diario Semanal Quincenal Mensual anual		
	Horas semanal:		
Si el ingreso es \$0/desempleado, ¿cuál es su medio de sustento?	☐ Viviendo de ahorros/anualidades ☐ Viviendo con padres/familia/amigos		
	☐ Refugio para indigentes		
	☐ Fallecida ☐ Otra:		

Esposo

Individuo responsable:			
NSS:	FDN:		
Dirección adonde vive		Teléfono #:	
Work Address:		Teléfono #:	
Ingresos totales:	Circule uno - Por Hora ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Semanal Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual		
	Hours Per Week:		

SECCIÓN C

DECLARACIÓN JURADA SIN HOGAR

Por la presente certifico que no tengo hogar, no tengo dirección permanente, ni trabajo, ahorros o activos, ni ingresos más que posibles donaciones de otros. _____

Iniciales del paciente / garante _____

TESTIMONIO DE VERDAD

Por la presente reconozco que toda la información proporcionada aquí es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en el rechazo de esta Solicitud. Además, según la ley aplicable, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital para obtener bienes o servicios puede considerarse un acto ilegal. También doy mi consentimiento para que el hospital obtenga dichos informes crediticios y/o tome otras medidas que puedan ser necesarias para verificar la información proporcionada en este documento. Entiendo completamente que los programas PHV Charity Care son un programa de "Pagador de último recurso" y por la presente confirmo todas las asignaciones anteriores de beneficios y derechos, que pueden incluir acciones de responsabilidad, reclamos por lesiones personales, acuerdos y todos y cada uno de los beneficios de seguro. que pueda llegar a ser pagadera, por enfermedad o lesión, proporcionada a PHV que haya brindado atención. ____

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE _____ **FECHA** _____

SECCIÓN D

EVALUACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número total de familiares dependientes en el hogar _____

(Incluya al paciente, su cónyuge o pareja de hecho y cualquier hijo que el paciente tenga menor de 21 años que viva en el hogar. Si el paciente es menor de edad, incluya a la madre/padre y/o tutor legal, y todos los demás niños menores de 21 años de 21 años que viven en el hogar.)

Ingreso bruto anual estimado del hogar \$ _____

Calcule la relación entre ingresos y FPG: \$ _____

Ingreso bruto anual ÷ FPG según el tamaño de la familia: ____%

Tipo de servicio Marque uno **ER** ☐ **OP** ☐ **IP** ☐ **MULTI** ☐

Monto total del copago adeudado: \$ _____

SECCIÓN E

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Family Size:	1	Acct Number(s) / Branch	Pt Type / Date of Service	Balance	W/O Amount	Co-Pay
Gross Annual Family Income:	\$				\$	\$
FPG based on Family Size:	\$					\$
Current Hospital Charges (w/ in 6 months):	\$			\$	\$	\$
Income/FPG:	%			\$	\$	\$
Income X 2:	\$			\$	\$	\$
Total Hospital Charges:	\$					
Prepared by _____ Date_____ Unit_____						
Examined by _____ Date_____ Unit_____						
Approved or Denied by _____ Date_____ Title_____						
Denial Reason:						