



PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA BARTON

ESTADO CONFIDENCIAL DE SITUACIÓN FINANCIERA Y SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Nombre del(de la) paciente: _____

Número(s) de cuenta(s): _____ Fecha del(de los) servicio(s): _____

Persona responsable*

Cónyuge o pareja de hecho

Nombre _____

Nombre _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

No. Seguridad

No. Seguridad

Social o de

Social o de

Contribuyente: _____

Contribuyente: _____

Empresa

Empresa

donde labora: _____

donde labora: _____

Estado civil (marque con un círculo):

- Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Nunca casado(a)
 Unión libre

Información de familia:

Mencione todas las personas que viven con usted más todo menor de 21 años, sin importar si vive o no con usted.

Nombre:

Edad:

Parentesco con usted:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Complete la información en el reverso.



Ingreso mensual del hogar

Ingreso mensual bruto por ingresos	\$	_____
Seguro Social	\$	_____
Indemnización por desempleo	\$	_____
Manutención de hijos menores o de excónyuge	\$	_____
Otros	\$	_____

INGRESO TOTAL: \$ _____

Gastos

Pago mensual de renta o hipoteca: \$	_____	Médico o dental: \$	_____
Prima de seguro médico \$	_____	Transporte: \$	_____
Servicios públicos y teléfono particular: \$	_____	Colegiatura guardería o escuela: \$	_____
Alimentos, casa, necesidades personales \$	_____	Otros: _____	\$ _____
Manutención de hijos menores o de excónyuge: \$	_____		

GASTOS TOTALES: \$ _____

Cálculo de sueldo base: \$ _____
(Para uso exclusivo de la oficina)

Con mi firma en este documento autorizo al hospital Barton Memorial que verifique toda la información que proporciono. Me queda claro que es posible que me pidan comprobantes de lo anterior. Además confirmo que todos los datos proporcionados en esta solicitud son veraces y completos a mi leal saber. En caso de que se determine que la información que brindé está incompleta, podría revertirse todo descuento otorgado para reducir mi cuenta y se me exigirá que realice el pago en su totalidad.

De recibir dinero de una aseguradora, o por indemnización por accidente en el trabajo o de un tercero, me comprometo a informar al hospital que recibí dicho pago. Me queda claro que el hospital se reserva el derecho de cobrar los cargos facturados originales y totales en caso de que un tercero haga el pago total o parcial de los servicios que brindó el hospital.

Firma del/de la paciente o tutor legal

Fecha

Firma de cónyuge o pareja de hecho

Fecha

*En caso de que el o la paciente sea menor de edad, el tutor o la tutora legal debe llenar este documento.

PAUTAS FEDERALES PARA DETERMINAR NIVEL DE POBREZA

**SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA BARTON
PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DE BARTON MEMORIAL HOSPITAL**

Guía de elegibilidad para 2015: Determine si reúne los requisitos para recibir descuento usando el ingreso y el tamaño del hogar que se calcula en el anexo A.

Escala proporcional			100%	75%	50%	25%
		2015 100% Nivel de pobreza				
		Anual	Menos de	200 - 250%	251 - 300%	301 - 350%
	1	11,770	23,539	23,540 – 29,425	29,543 – 35,310	35,428 – 41,195
Tamaño de la familia	2	15,930	31,859	31,860 – 39,825	39,984 – 47,790	47,949 – 55,755
	3	20,090	40,179	40,180 – 50,225	50,426 – 60,270	60,471 – 70,315
	4	24,250	48,499	48,500 – 60,625	60,868 – 72,750	72,993 – 84,875
	5	28,410	56,819	56,820 – 71,025	71,309 – 85,230	85,514 – 99,435
	6	32,570	65,139	65,140 – 81,425	81,751 – 97,710	98,036 – 113,995
	7	36,730	73,459	73,460 – 91,825	92,192 – 110,190	110,557 – 128,555
	8	40,890	81,779	81,780 – 102,225	102,634 – 122,670	123,079 – 143,115
Por cada persona extra agregar		4,160	8,319	8,320 – 10,400	10,442 – 12,480	12,522 - 14560

El límite de 350% representa el mínimo que se requiere para ofrecerse a pacientes de bajos ingresos; Barton Health podrá adoptar un límite de ingresos más alto.

Agregue \$4,160 por cada persona extra para ingreso anual y \$300 para el ingreso mensual. Hospital Barton atención hospitalaria y ambulatoria



FORMULARIO DE AVISO

HOSPITAL BARTON MEMORIAL

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL BARTON MEMORIAL

El hospital Barton Memorial realizó un análisis a fin determinar si el o la paciente cuyo nombre aparece a continuación reúne los requisitos para obtener ayuda económica:

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE

NÚMERO DE CUENTA

FECHA(S) DEL SERVICIO

El o la paciente o alguien más en su nombre presentaron la solicitud de ayuda financiera el _____. La determinación fue finalizada el _____.

Con base en la información entregada por el o la paciente o por alguien más en su nombre, se llegó a la siguiente resolución:

Su solicitud de ayuda financiera fue aprobada para cubrir los servicios que recibió el _____

Después de aplicar la reducción de ayuda financiera, el monto que adeuda es de \$ _____.

Se pone a su disposición un plan de pagos sin interés para cubrir todo saldo restante. Le rogamos que se comunique con Servicio al Cliente al (530)543-5930 para recibir ayuda.

También puede pagar su saldo en línea visitando el sitio bartonhealth.org

Su solicitud de ayuda financiera fue negada debido a las siguientes razones:

La determinación final del programa de ayuda financiera se envió a la empresa de facturación de los médicos de urgencias del hospital Barton Memorial.

La decisión de otorgar ayuda financiera tiene como condición que la información brindada al hospital esté completa y sea correcta. En caso de que el hospital se entere de usted sufrió lesiones a causa de otra persona, tiene ingresos extra o seguro médico extra o dio información incompleta o incorrecta relacionada con su capacidad de pagar los servicios que recibió, el hospital podrá cancelar su decisión de brindarle ayuda financiera y lo hará responsable a usted y a toda tercera persona de pagar los cargos del hospital. En caso de tener preguntas sobre esta decisión comuníquese con el supervisor del Departamento de Servicio al Cliente de hospital Memorial Hospital al (530) 543-5777.



Fecha: _____

Número(s) de cuenta(s) _____

Estimado(a) _____:

Como es de su conocimiento, el hospital Barton Memorial brinda servicios de atención médica de calidad a la comunidad y a los visitantes. Por ello deseamos ayudarle a pagar su cuenta lo más pronto posible con el programa de ayuda financiera (con base en sus ingresos), el cual podrá permitirle cubrir su(s) cuenta(s) dependiendo de la información que nos proporcione en relación con su situación financiera.

En caso de que este programa le interese, le rogamos que llene el formulario adjunto **POR COMPLETO**, junto con esta carta de presentación y nos devuelva la solicitud.

1. Información financiera:

- Declaración de impuestos de usted y su cónyuge o pareja.
- Dos recibos de nómina más recientes de usted y su cónyuge o pareja.

IMPORTANTE:

En caso de que no recibamos su solicitud completa antes del _____, se comunicará con usted un representante de servicio al cliente para ofrecerle ayuda.

No dude en llamarnos si necesita ayuda para cumplir las condiciones que le darían cobertura médica o si tiene más preguntas relacionadas con el programa de ayuda financiera al siguiente número telefónico:

(530) 543-5930
(530) 541-8723 fax

Le avisaremos sobre el progreso de su trámite y las opciones a su disposición.

Atentamente,

Representante de Servicio al Cliente