



## Instrucciones para la Solicitud de Asistencia Financiera

Si usted no cuenta con cobertura de seguro, o tienen seguro insuficiente, puede muy bien ser elegible para la atención de caridad u otro descuento hospitalario. Todo individuo cuyos ingresos de familia sean al nivel o por debajo del 400% del Nivel Federal de Pobreza podría ser elegible para los servicios con descuento de acuerdo a las políticas de atención de caridad del hospital. Además, los pacientes sin cobertura de seguro pueden ser elegibles para programas gubernamentales como Medi-Cal, Indigentes del Condado y otros programas de asistencia para atención médica financiados por el gobierno. También se le da la bienvenida a obtener solicitudes de cobertura ofrecidas a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California: [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com), o a través del Departamento de Servicios Sociales Públicos de Riverside al (800) 274-2050 o [www.rivcodpss.org](http://www.rivcodpss.org), o comunicándose con Health Consumer Alliance en [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org).

Haga favor de indicar si está solicitando Atención Caritativa Charity Care o Pago con Descuento Discount Payment al marcar la casilla adecuada a continuación.

- Atención Caritativa Charity Care - Si se aprueba, esto puede proporcionar hasta una cancelación total de todos los saldos de los pacientes incluidos en el período de tiempo aprobado.
- Pago con Descuento Discount Payment - Si se aprueba, esto puede proporcionar un pago reducido de hasta el 70% de todos los saldos de los pacientes incluidos en el período de tiempo aprobado.
1. Sírvase completar **todas** las áreas en el formulario adjunto de solicitud. Si alguna área no aplica a usted, haga favor de escribir N/A (no aplica) en el espacio correspondiente.
  2. Agregue una página adicional si necesita más espacio para contestar alguna pregunta.
  3. Usted **debe** mostrar pruebas de ingresos cuando presenta esta solicitud. Uno de los documentos a continuación debe incluirse:
    - a. Declaración Federal de Impuestos (por ej. el formulario 1040) para el año en el que se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de cuando se facturó al paciente por primera vez inclusive todos los anexos y archivos adjuntos, tal como los envió al Servicio de Impuestos Internos (IRS).
    - b. Seis (6) meses de talonarios de pago o estados de cuenta del seguro social, discapacidad o beneficios de desempleo dentro de un período de 6 meses antes o después de que el hospital facturó al paciente por primera vez, o en el caso de pre-servicio, cuando se presenta la solicitud.



4. Una carta explicando su situación actual y por qué no se pueden realizar arreglos de pago. Una carta de la persona que brinda el sustento si no recibe ingresos.
5. Su solicitud no puede ser procesada hasta que se brinde **toda** la información requerida. Es importante que usted finalice y presente la solicitud de asistencia financiera junto con toda la documentación requerida **lo antes posible**.
6. Usted **debe** firmar y fechar las solicitudes. Si la persona paciente o garante y su cónyuge proporcionan la información, ambos deben firmar la solicitud.
7. Si tiene preguntas, haga favor de llamar a su Representante de Servicios Financieros al Paciente al (760) 837-8376.
8. Envíe su solicitud completa a:

**Eisenhower Medical Center**

**Attn: Patient Financial Services Department – Financial Assistance**

**39000 Bob Hope Drive**

**Rancho Mirage, CA 92270**

**Fax (760) 773-4317**



## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA AL PACIENTE

Nº DE CUENTA/REGISTRO MÉDICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		
NOMBRE DEL PACIENTE SI NO ES LA PARTE RESPONSABLE:		Nº DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:		TELÉFONO LABORAL o CELULAR:
EMPLEADOR: Nº DE TELÉFONO/PERSONA DE CONTACTO:		OCUPACIÓN:
<b>INFORMACIÓN DE CÓNYUGE</b>		
NOMBRE: APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL 2º NOMBRE		Nº DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:		TELÉFONO LABORAL o CELULAR:
EMPLEADOR: Nº DE TELÉFONO/PERSONA DE CONTACTO:		OCUPACIÓN:
<b>LISTADO DE TODOS LOS DEPENDIENTES</b>		
NOMBRE	PARENTESCO	EDAD
<b>INGRESO MENSUAL</b>		
	PACIENTE/PARTE RESPONSABLE	CÓNYUGE
<b>SUELDO BRUTO</b> (antes de las deducciones)		
<b>OTRO INGRESO:</b>		
RENTA/ALQUILER DE INMUEBLE		
SEGURO SOCIAL		



# EISENHOWER MEDICAL CENTER

DESEMPELO/DISCAPACIDAD		
MANUTENCIÓN/PENSIÓN ALIMENTICIA		
OTRO (adjunte los detalles)		
<b>GASTOS MENSUALES</b>		
RENTA/HIPOTECA		
MANUTENCIÓN/PENSIÓN ALIMENTICIA		
ALIMENTOS/PROVISIONES		
CUIDADO INFANTIL/ESCUELA		
SERVICIOS PÚBLICOS (gas, electricidad, agua, teléfono, etc.)		
PRIMAS DE SEGURO (médico, del hogar, de auto)		
PAGOS DE AUTO		
GASTOS DE TRANSPORTE (combustible, costos de reparación)		
PAGOS DE TARJETA DE CRÉDITO/PRÉSTAMO PERSONAL		
PAGOS MÉDICOS ACTUALES		
OTRO GASTOS (proporcione la descripción)		
OTRO GASTOS (proporcione la cantidad)		

**Al firmar a continuación, Yo/nosotros, declaro/declaramos que toda la información brindada es verdadera y correcta según mi/nuestro conocimiento. Yo/Nosotros, autorizo/autorizamos a Eisenhower Medical Center a verificar cualquier información que se mencione en esta solicitud. De manera expresa otorgamos el permiso para comunicarse con mi/nuestro empleador.**

**Firma de paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma de cónyuge** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Padre o madre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_