



# EISENHOWER MEDICAL CENTER

## 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 [rivcodpss.org](http://rivcodpss.org), o comunicándose con Health Consumer Alliance en [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

Haga favor de indicar si está solicitando Atención Caritativa o Atención Caritativa Parcial con Descuento al marcar la casilla adecuada a continuación.

- Atención Caritativa - Si se aprueba, esto puede proporcionar hasta una cancelación total de todos los saldos de los pacientes incluidos en el período de tiempo aprobado.
  - Atención Caritativa Parcial con Descuento - 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. Para la Atención Caritativa, usted ***debe*** mostrar pruebas de ingresos cuando presenta esta solicitud. **Todos** los documentos a continuación deben incluirse:
    - a. Declaración Federal de Impuestos del año anterior (por ej. el formulario 1040) y debe incluir todos los anexos y archivos adjuntos, tal como los envió al Servicio de Impuestos Internos (IRS); **SI NO HIZO DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DEBE REDACTAR UNA CARTA DANDO EXPLICACIÓN DEL POR QUÉ.**
    - b. Tres (3) meses de talonarios más recientes de pago o estados de cuenta del seguro social, discapacidad o beneficios de desempleo.
    - c. Dos meses recientes de estados de cuenta bancario para cuentas de cheque y ahorro.



## EISENHOWER MEDICAL CENTER

4. Para la Atención Caritativa Parcial con Descuento, usted **deberá** proporcionar pruebas de ingreso cuando presenta esta solicitud. **Uno** de los documentos a continuación, tendrá que ser anexado:
  - a. Declaración de Impuestos Federales sobre la Renta del año anterior (por ejemplo, formulario 1040), que debe incluir todos los anexos y cronogramas presentados ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS); **SI NO HIZO DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DEBE REDACTAR UNA CARTA DANDO EXPLICACIÓN DEL POR QUÉ.**
- O**
- b. Tres (3) meses de los talones de cheques de nómina más recientes o estados de cuenta de beneficios de seguro social, discapacidad o desempleo.
5. 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.
6. 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**.
7. Usted **debe** firmar y fechar las solicitudes. Si la persona paciente o garante y su cónyuge proporcionan la información, ambos deben firmar la solicitud.
8. Si tiene preguntas, haga favor de llamar a su Representante de Servicios Financieros al Paciente al (760) 837-8376.
9. 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**



# EISENHOWER MEDICAL CENTER

## 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/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/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
SUELDO BRUTO (antes de las deducciones)		
<b>OTRO INGRESO:</b>		
RENTA/ALQUILER DE INMUEBLE		
SEGURO SOCIAL		
DESEMPLEO/DISCAPACIDAD		
MANUTENCIÓN/PENSIÓN ALIMENTICIA		



# EISENHOWER MEDICAL CENTER

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 (proporcione la descripción)		
OTRO (proporcione la descripción)		
<b>BIENES</b>		
EFFECTIVO EN MANO		
CUENTA DE CHEQUES*		
CUENTA DE AHORROS*		
CUENTAS FIDUCIARIAS		
OTRAS FUENTES (ACCIONES, BONOS)		
*SUCURSAL(ES) BANCARIA(S) Y NÚMERO(S) DE CUENTA(S)		

*\* Proporcione dos (2) meses de los estados de cuenta más actuales, así como el nombre de la sucursal y los números de las cuentas.*

**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 \_\_\_\_\_