



Barton Financial Counselor
2170 South Avenue
South Lake Tahoe, CA 96150

530.539.6086TEL
530.541.0554FAX
bartonhealth.org/financialassistance

Procedimiento para presentar solicitud al programa de ayuda financiera

Gracias por su preferencia. Tenemos claro que las cuentas médicas sin pagar pueden ocasionar preocupaciones y solicitar ayuda podría ser un trámite confuso. Barton le ofrece varias formas para pagar la atención médica que recibe brindando ayuda financiera con base en los ingresos del hogar. **Es posible que le podamos ayudar a pagar todo o parte de su adeudo dependiendo si cumple o no los requisitos.**

A continuación, se muestran los requisitos que debe cumplir:

- Ingreso familiar anual igual o menos de 400% del nivel federal de pobreza que indican las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. cada año.
- Reunirse con el personal de asesoría financiera para verificar si cumple requisitos de otros programas, tales como: Indemnización por accidentes en el trabajo, Medi-Cal y víctimas de delitos; y
- Llenar una solicitud de programa de ayuda financiera y entregar documentos que comprueben ingresos.

Con el fin de que se determine si reúne o no los requisitos para recibir ayuda financiera, tendrá que llenar la solicitud correspondiente y deberá proporcionar más documentos para que tramitemos su elegibilidad, entre ellos

- Copia de declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040) de usted y su cónyuge o pareja de hecho.
- Dos (2) recibos de nómina más recientes de usted y su cónyuge o pareja de hecho.
- Una carta en la que explique su situación financiera y la razón por la que pide ayuda financiera.

Podrá entregar en persona su solicitud firmada de ayuda financiera y los documentos que la acompañan al personal de asesoría financiera que se encuentra en el Departamento de Admisiones dentro del Hospital Barton Memorial Hospital o enviarlos por correo a la siguiente dirección:

Barton Financial Counselor
2170 South Avenue
South Lake Tahoe, CA 96150

Barton hará todo lo posible por tramitar la solicitud de manera rápida para determinar si usted cumple los requisitos de ayuda financiera. Después de que se revise su solicitud, recibirá una carta para notificarle el resultado.

No dude en comunicarse con el personal de asesoría financiera de Barton llamando al 530.539.6086 en caso de que tenga preguntas en relación con el programa de ayuda financiera de Barton, necesite ayuda para llenar la solicitud o desee hablar sobre más opciones de pago.





Pautas federales para determinar el nivel de pobreza del año 2021 Requisitos del programa de ayuda financiera del Hospital Barton Memorial

Tabla de ingresos

Usar el ingreso y tamaño del hogar como se calcula en la tabla que se muestra más adelante a fin de identificar si se cumplen los requisitos para recibir descuento monetario.

| Escala móvil | | | 100% | 75% | 50% | 25% |
|--|----------|---|----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| | | 2021 100% ingresos que marca la línea de pobreza | | | | |
| | | Nivel-annual | Debajo | 250- 300% | 300-350% | 350-400% |
| Número de personas en la familia | 1 | 12,760 | 31,899 | 31,900 – 38,280 | 38,281 -44,660 | 44,661-51,040 |
| | 2 | 17,240 | 43,099 | 43,100- 51,720 | 51,721 – 60,340 | 60,341-68,960 |
| | 3 | 21,720 | 54,299 | 54,300- 65,160 | 65.161 – 76,020 | 76,021-86,880 |
| | 4 | 26,200 | 65,499 | 65,500- 78,600 | 78,601 – 91,700 | 91,701-104,800 |
| | 5 | 30,680 | 76,699 | 76,700 - 92,040 | 92,041 – 107,380 | 107,381-122,720 |
| | 6 | 35,160 | 87,899 | 87,900 - 105,480 | 105,481 – 123,060 | 123,061-140,640 |
| | 7 | 39,640 | 99,099 | 99,100 - 118,920 | 118,921 – 138,740 | 138,741-158,560 |
| | 8 | 44,120 | 110,299 | 110,300 - 132,360 | 132,361 – 154,420 | 154,421-176,480 |
| Para cada persona adicional añada** | | 4,480 | 11,199 | 11,200 | 13,440 | 17,920 |



Barton Health Solicitud de ayuda financiera

Nombre del (de la) paciente: _____

Barton Health
Número(s) de
cuenta(s): _____

Fecha de solicitud: _____

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

Información de persona responsable*:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

No. Seguridad Social o de Contribuyente: _____

Empresa donde labora: _____

Información de cónyuge o pareja de hecho:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

No. Seguridad Social o de Contribuyente: _____

Empresa 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. _____



Barton Health Solicitud de ayuda financiera

Ingreso mensual del hogar:

| | | |
|--|-----------|--|
| Ingreso bruto mensual por salario (antes de deducciones) | \$ | |
| Seguro Social | \$ | |
| Indemnización por desempleo | \$ | |
| Manutención de hijos menores o de excónyuge | \$ | |
| Otros | \$ | |
| INGRESO MENSUAL TOTAL | \$ | |

Gastos mensuales del hogar:

| | | |
|--|-----------|--|
| Pago mensual de hipoteca o renta | \$ | |
| Prima de seguro médico | \$ | |
| Gastos médicos o dentales (aparte de seguro médico) | \$ | |
| Colegiatura de guardería o escuela | \$ | |
| Transporte (auto, autobús, taxi) | \$ | |
| Servicios públicos: electricidad, gas, agua y teléfono | \$ | |
| Alimentos, casa, necesidades personales | \$ | |
| Manutención de hijos menores o de excónyuge | \$ | |
| Otros: | \$ | |
| TOTAL GASTOS MENSUALES | \$ | |

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

Con mi firma en este documento autorizo a Barton Health 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 a Barton Health que recibí dicho pago. Me queda claro que Barton Health 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 Barton Health.

Firma de paciente o tutor(a) legal*

Fecha

Firma de cónyuge o pareja de hecho

Fecha