



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*

Nombre _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

No. Seguridad _____

Social o de
Contribuyente

: _____

Empresa _____

donde labora:

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. _____



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 2019: 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%
		2019 100% Nivel de pobreza				
		Anual	Menos de	200 - 250%	250 - 300%	300 - 350%
	1	12,490	24,979	24,980 – 31,225	31,226 – 37,470	37,471 – 43,715
Tamaño de la familia	2	16,910	33,819	33,820 – 42,275	42,276 – 50,730	50,731 – 59,185
	3	21,330	42,659	42,660 – 53,325	53,326 – 63,990	63,991 – 74,665
	4	25,750	51,499	51,500 – 64,375	64,376 – 77,250	77,256 – 90,125
	5	30,170	60,339	60,340 – 75,425	75,426 – 90,510	90,516 – 105,595
	6	34,590	69,179	69,180 – 86,475	86,476 – 103,770	103,771 – 121,065
	7	39,010	78,019	78,020 – 97,525	97,526 – 117,030	117,031 – 136,535
	8	43,430	86,859	86,860 – 108,575	108,576 – 130,290	130,291 – 152,005
Por cada persona extra agregar		4,420				

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 \$4,420 por cada persona extra para ingreso anual. 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