



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

530.539.6086TEL  
530.541.0554FAX  
[es.bartonhealth.org/tahoe/financial-aid.aspx](http://es.bartonhealth.org/tahoe/financial-aid.aspx)

## 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 su solicitud firmada de ayuda financiera y los documentos que la acompañan enviándola por correo electrónico a [financiaministry@bartonhealth.org](mailto:financiaministry@bartonhealth.org), por fax al 530541-0554, en persona con el 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.

*Cuidado excepcional siempre*



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

530.539.6086TEL  
530.541.0554FAX  
[es.bartonhealth.org/financiaministerio](https://es.bartonhealth.org/financiaministerio)

## Pautas Federales de Nivel de Pobreza 2022

### Guía de Elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera

#### Tabla de elegibilidad

Usar el ingreso y el tamaño del hogar como se calcula en la tabla a continuación para identificar la elegibilidad para el descuento financiero.

Escala de asistencia financiera			100%	75%	50%	25%
		Ingresos de Pobreza 2022				
		Nivel Anual	Menos de	250 - 300%	300 - 350%	350 - 400%
<b>Tamaño de la familia</b>	1	\$13,590	\$27,180	\$33,975 – \$40,770	\$40,770 – \$47,565	\$47,565 – \$54,360
	2	\$18,310	\$36,620	\$45,775 - \$54,930	\$54,930 - \$64,085	\$64,085 - \$73,240
	3	\$23,030	\$46,060	\$57,575 - \$69,090	\$69,090 - \$80,605	\$80,605 - \$92,120
	4	\$27,750	\$55,500	\$69,375 - \$83,250	\$83,250 - \$97,125	\$97,125 - \$111,000
	5	\$32,470	\$64,940	\$81,175 - \$97,410	\$97,410 - \$113,645	\$113,645 - \$129,880
	6	\$37,190	\$74,380	\$92,975 - \$111,570	\$111,570 - \$130,165	\$130,165 - \$148,760
	7	\$41,190	\$83,820	\$104,775 - \$125,730	\$125,730 - \$146,685	\$146,685 - \$167,640
	8	\$46,630	\$93,260	\$116,575 - \$139,890	\$139,890 - \$163,205	\$163,205 - \$186,520
<b>Por cada persona extra agregar**</b>		<b>\$4,480</b>	<b>\$11,199</b>	<b>\$11,200</b>	<b>\$13,440</b>	<b>\$17,920</b>





# BARTON HEALTH SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

**Nombre del (de la) paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de aplicación:** \_\_\_\_\_

Barton Health  
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 Social o de Contribuyente: \_\_\_\_\_

No. Seguridad Social o de Contribuyente: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_

### Estado civil (marque una caja):

- 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 el/la paciente: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

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



## BARTON HEALTH SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

### Ingreso mensual del hogar:

Ingreso mensual bruto por ingresos (antes de deducciones)	\$	
Seguro Social	\$	
Indemnización por desempleo	\$	
Manutención de hijos menores o de excónyuge	\$	
Otros	\$	
<b>INGRESO TOTAL</b>	<b>\$</b>	

### Gastos:

Pago mensual de renta o hipoteca	\$	
Prima de seguro médico	\$	
Médico o dental (aparte de su seguro)	\$	
Colegiatura o guardería	\$	
Transporte (auto, autobus, taxi)	\$	
Servicios públicos- Electricidad, gas y teléfono	\$	
Alimentos, casa, necesidades personales	\$	
Manutención de hijos menores o de excónyuge	\$	
Otros:	\$	
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>\$</b>	

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

*Con mi firma en este documento autorizo al 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 al 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 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.