



Barton Financial Counselor
2170 South Ave.
South Lake Tahoe, CA 96150
530.539.6086 TEL
530.238.3226 FAX

bartonhealth.org/financialassistance

Cómo presentar una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera

Gracias por elegir a Barton Health como su proveedor de atención médica. Tenemos claro que las cuentas médicas pueden ocasionar preocupaciones y que solicitar ayuda podría ser 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 con los requisitos.**

Los/Las pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera:

- Tendrán un ingreso familiar anual que sea menor o igual al 400 % del nivel federal de pobreza, según lo determinado por la guía publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
- Podrán explorar la elegibilidad para otros programas como: Indemnización laboral, Medi-Cal y Víctimas de delitos; y
- Habrán presentado una solicitud del Programa de Asistencia Financiera y proporcionado documentación de apoyo para verificar los 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 otros documentos para que tramitemos su elegibilidad, incluidos:

- Copia de declaración de impuestos (formulario 1040) del paciente y su cónyuge o pareja de hecho del año en que se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de que se facturó por primera vez al paciente
-
- Recibos de nómina recientes del paciente y su cónyuge o pareja de hecho de los últimos 6 meses anteriores o posteriores a la facturación inicial del paciente

Deberá entregar su solicitud de asistencia financiera completa y los documentos de apoyo por correo electrónico a financialassistance@bartonhealth.org, por fax al 530-238-3226, en persona al/la asesor/a financiero/a que se encuentra en el Departamento de Admisiones dentro de Barton Memorial Hospital, o enviarlos por correo postal a:

Barton Financial Counselor.
2170 South Ave.
South Lake Tahoe, CA 96150

Barton hará todo lo posible para procesar su solicitud rápidamente y determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera. Una vez que se haya revisado su solicitud, recibirá una carta para notificarle el resultado.

Si tiene preguntas sobre el Programa de Asistencia Financiera de Barton, necesita ayuda para llenar la solicitud o le gustaría hablar sobre otras opciones, comuníquese con un/a asesor/a financiero/a de Barton Health al 530.539.6086.





Barton Financial Counselor
 2170 South Avenue
 South Lake Tahoe, CA 96150
 530.539.6086 **TEL**
 530.238.3226 **FAX**
bartonhealth.org/financialassistance

Pautas Federales de Nivel de Pobreza 2026
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.

Nivel de asistencia financiera			100%	75%	50%	25%
		Ingresos Nivel federal de pobreza 2026 - Anuales	100%	250 - 300%	300 - 350%	350 - 400%
Tamaño de la unidad familiar	1	\$15,960	\$15,960 - \$39,899	\$39,900 - \$47,879	\$47,880 - \$55,859	\$55,860 - \$63,840
	2	\$21,640	\$21,640 - \$54,099	\$54,100 - \$64,919	\$64,920 - \$75,739	\$75,740 - \$86,560
	3	\$27,320	\$27,320 - \$68,299	\$68,300 - \$81,959	\$81,960 - \$95,619	\$95,620 - \$109,280
	4	\$33,000	\$33,000 - \$82,499	\$82,500 - \$98,999	\$99,000 - \$115,499	\$115,500 - \$132,000
	5	\$38,680	\$38,680 - \$96,699	\$96,700 - \$116,039	\$116,040 - \$135,379	\$135,380 - \$154,720
	6	\$44,360	\$44,360 - \$110,899	\$110,900 - \$133,079	\$133,080 - \$155,259	\$155,260 - \$177,440
	7	\$50,040	\$50,040 - \$125,099	\$125,100 - \$150,119	\$150,120 - \$175,139	\$175,140 - \$200,160
	8	\$55,720	\$55,720 - \$139,299	\$139,300 - \$167,159	\$167,160 - \$195,019	\$195,020 - \$222,880

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE BARTON HEALTHCARE SYSTEM

DECLARACIÓN FINANCIERA CONFIDENCIAL Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del/de la paciente: _____

Número(s) de cuenta: _____

Fecha de los servicios: _____

Parte responsable*

Cónyuge o pareja de hecho

Nombre _____

Nombre _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

NSS/N.º
contribuyente _____

NSS/N.º
contribuyente _____

Empresa
donde labora: _____

Empresa
donde labora: _____

Estado civil (marque una opción):

Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Nunca casado/a Unión libre

Información de la familia:

Mencione todas las personas que viven con usted más las y los menores de 21 años, sin importar si viven o no con usted.

Nombre:

Edad:

Parentesco con usted:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Ingreso mensual del hogar

Ingreso mensual bruto por sueldos \$ _____
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: \$ _____ Guardería o colegiatura: \$ _____
Alimentos, casa y necesidades personales \$ _____ Otros: _____ \$ _____
Manutención de hijos/as menores o excónyuge: \$ _____
GASTOS TOTALES: \$ _____

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, confirmé 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 del/la 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.

Programa de quejas sobre facturas hospitalarias

El Programa de quejas sobre facturas hospitalarias es un programa estatal que analiza las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria.

Si cree que se le negó asistencia financiera por error, puede presentar una queja ante el Programa de quejas sobre facturas hospitalarias.

Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Contáctenos si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la facturación o el proceso de cobro