



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD Y PROGRAMA DE DESCUENTO EN LOS PAGOS SOLICITUD

LOS PACIENTES DEBEN REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS PARA QUE SE LES CONSIDERE PARA LA ELEGIBILIDAD A LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE CARIDAD (CHARITY CARE) O

DESCUENTO EN LOS PAGOS (DISCOUNT PAYMENT):

- Los pacientes únicamente deben presentar la solicitud por los servicios recibidos en el Hospital General Zuckerberg de San Francisco, las Clínicas de Atención Primaria de la Comunidad, el Hospital Laguna Honda, la División de Salud de la Población o los Servicios de Salud del Comportamiento.
- Los pacientes solo pueden solicitar los servicios que no hayan sido descontados previamente por medio de los programas de paquetes de obstetricia (OB) o VIP del hospital.
- Los pacientes deben hacer todo lo posible por proporcionar documentación sobre sus ingresos y su cobertura de beneficios para la salud. No proporcionar información razonable y necesaria puede tenerse en cuenta a la hora de determinar la elegibilidad.
- Los pacientes, garantes o suscriptores que reciban pagos de seguro por los servicios prestados deben entregar los pagos a la Red de Salud de San Francisco para ser elegibles para recibir asistencia financiera.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD: REQUISITOS ADICIONALES Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS

- Los pacientes también deben cooperar con la evaluación de elegibilidad y la solicitud de Medicare, Medi-Cal u otra cobertura elegible.
- Los pacientes deben tener un ingreso familiar bruto igual o inferior al 138 % del nivel federal de pobreza y presentar declaraciones de impuestos recientes o recibos de sueldo como comprobante.
 - Las declaraciones de impuestos recientes son las declaraciones de impuestos del año más reciente a partir de la fecha de solicitud. Los recibos de sueldo recientes son los recibos de sueldo de los tres meses anteriores a la fecha de solicitud.
 - Las declaraciones de impuestos recientes también pueden incluir declaraciones de impuestos que documentan los ingresos del paciente durante el año en que se le facturó por primera vez o los 12 meses anteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez. Los comprobantes de pago recientes también pueden incluir recibos de pago correspondientes al periodo de seis meses anterior o posterior a la primera factura emitida por el hospital al paciente.

- A los pacientes que reúnen los requisitos para recibir atención de caridad se les exime de su responsabilidad del pago de las facturas.

PROGRAMA DE DESCUENTO EN LOS PAGOS: REQUISITOS ADICIONALES Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS

- Los pacientes también deben cooperar con la evaluación de elegibilidad de Medicare, Medi-Cal u otra cobertura.
- Los pacientes deben tener un ingreso familiar bruto superior al 138 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) y presentar declaraciones de impuestos recientes o recibos de sueldo como comprobante.
 - Las declaraciones de impuestos recientes son declaraciones de impuestos que documentan los ingresos del paciente durante el año en que se le facturó por primera vez o los 12 meses anteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez. Los comprobantes de pago recientes son recibos de pago correspondientes al periodo de seis meses anterior o posterior a la primera factura emitida por el hospital al paciente.
 - Las declaraciones de impuestos recientes también pueden incluir declaraciones de impuestos del año más reciente a partir de la fecha de solicitud. Los recibos de sueldo recientes también pueden incluir recibos de sueldo de los tres meses anteriores a la fecha de solicitud.
- Los pacientes que solamente califiquen para el Programa de Descuento en los Pagos reciben una asistencia financiera menor que aquella que tendrían disponible en el Programa de Atención de Caridad.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA SOLICITUD:

Envíe por correo una solicitud completada y los comprobantes de ingreso correspondientes. Las solicitudes se deben hacer en un plazo de un año a partir de la fecha de servicio. Las solicitudes que no se completen en un plazo de 30 días calendario se cerrarán por inactividad.

Para presentar una solicitud por servicios hospitalarios y clínicos, envíe por correo su solicitud y los comprobantes a la siguiente dirección:

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave. Building 20, Ward 24, Room 2406
San Francisco, CA 94110

Llame al Departamento de Asistencia Financiera al Paciente al (628) 206-3275 para recibir ayuda con la solicitud.

Los centros de servicios hospitalarios y clínicos incluyen: el Hospital General y Centro de Traumatología Zuckerberg de San Francisco (Zuckerberg San Francisco General, ZSFG), las Clínicas de Especialidad Ambulatorias, las Clínicas de Atención Primaria para la Comunidad, Hospital y Centro de Rehabilitación Laguna Honda, la División de Salud de la Población.

Para solicitar servicios de salud del comportamiento, envíe por correo una solicitud y los documentos de verificación a la siguiente dirección:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de los Servicios de Salud del Comportamiento (Behavioral Health Services, BHS) al (888) 246-3333 para obtener ayuda con la solicitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	
Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:	Número de cuenta:

INFORMACIÓN DEL GARANTE (si es una persona distinta al paciente)

Apellido:	Nombre:
-----------	---------

DOMICILIO PERMANENTE

Dirección:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
País:	Teléfono:
Teléfono celular:	Correo electrónico:

DIRECCIÓN TEMPORAL (si corresponde)

Dirección:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
País:	Teléfono:
Teléfono celular:	Correo electrónico:

ELEGIBILIDAD Y REVISIÓN

¿Cuál es su estado civil?	☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Pareja doméstica
---------------------------	---

¿Cuenta con seguro médico?	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", indique todos: Proporcione su(s) tarjetas(s) de seguro.
----------------------------	--

¿Tiene o espera tener alguna reclamación en contra de un tercero? ¿Un tercero es responsable por alguna lesión, gasto médico o pérdida por la que podría haber una indemnización?	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", indique todos:
---	---

¿Tiene una discapacidad que se espera que dure 12 meses?	☐ Sí ☐ No
--	---

¿Tiene una solicitud pendiente con Medi-Cal?	☐ Sí ☐ No
--	---

¿Se encontraba en periodo de embarazo en la fecha del servicio?	☐ Sí ☐ No	N/A
---	---	-----

Tamaño de la familia (usted, su cónyuge, hijos dependientes menores de 21 años e	N.º _____
--	-----------

hijos dependientes discapacitados de cualquier edad, vivan o no en el hogar).

Ingresos mensuales brutos totales de la familia:

\$ _____

Proporcione recibos de pago recientes o declaraciones de impuestos.

Declaro que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. No tengo seguro o tengo un seguro insuficiente y no tengo responsabilidad civil. Entiendo que se verificará la información que proporcioné. Entiendo que la información se usará para evaluar la elegibilidad para varios programas federales, estatales y del condado. Entiendo que, si mi información es falsa, seré responsable del monto total de cualquier cuota de los servicios médicos recibidos del Hospital General Zuckerberg de San Francisco y las Clínicas de Especialidad Ambulatorias, las Clínicas de Atención Primaria de la Comunidad, el Hospital Laguna Honda, la Clínica de Salud de la Población o los Servicios de Salud del Comportamiento.

NOMBRE DEL SOLICITANTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL SOLICITANTE:

FECHA:

Parentesco con el paciente:
