| Solicitud del Programa de Asistencia Financiera de SMMC | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Información del solicitante | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | N.º de expediente: | | |
| Fecha de nacimiento: | | | N.º de Seguro Social (SSN): | | Teléfono: | | |
| Dirección actual: | | | | | Otro número de teléfono: | | |
| Ciudad: | | | Estado: | | Código postal: | | |
| Información del hogar | | | | | | | |
| Tamaño de la familia: |  | | | Ingresos mensuales brutos de la familia: | | | $ |
| Información de la visita | | | | | | | |
| Fechas de las facturas médicas a cubrir: | | | | | | | |
| ¿Esta visita se debe a una lesión relacionada con el trabajo o a un accidente automovilístico? | | | | | | ❑ Sí ❑ No | |
| ¿Tiene seguro médico público o privado o cobertura a través de un programa federal, estatal o del condado (p. ej., HMO/PPO, Medicare, Medi-Cal, Covered CA, etc.)? | | | | | | ❑ Sí ❑ No | |
| Si la respuesta es sí ¿por qué necesita ayuda financiera para esta visita? | | | | | | | |
| * Coseguro * Deducible * Costo fuera de la red | | * Fecha del servicio fuera del periodo de cobertura * Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Reconocimiento para la Atención de Caridad** | | | | | | | |
| 1. Para calificar para la atención de caridad, mis ingresos familiares deben ser igual o menor que el 138 % del Nivel Federal de Pobreza. 2. La atención de caridad no es un programa de seguro y solo es válida en las instalaciones de San Mateo Medical Center. 3. El alcance de los servicios elegibles para la atención de caridad incluye todos los servicios de San Mateo Medical Center (SMCC) excepto los beneficios de medicamentos recetados. 4. Mi solicitud de atención de caridad pide cobertura solo para las visitas específicas que estoy solicitando. 5. Si se aprueba la atención de caridad, no se cobrarán los gastos de las visitas aprobadas.   **Mis iniciales indican que leí, entendí y reconozco cada una de las declaraciones mencionadas anteriormente:** \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Reconocimiento para la Atención Médica con Descuento (DHC)** |
| 1. Para tener derecho a la Atención Médica con Descuento (Discounted Health Care, DHC), mis ingresos familiares deben ser igual o menor que el 400 % del Nivel Federal de Pobreza. 2. DHC no es un programa de seguro y solo es válido en las instalaciones de San Mateo Medical Center previamente autorizadas y en farmacias asociadas. 3. Al seleccionar la clínica de un proveedor de atención primaria, también selecciono una farmacia donde surtiré mis recetas. 4. Mi elegibilidad para la DHC terminará un año después de la fecha de entrada en vigor del programa y a partir de entonces deberé solicitarlo nuevamente. El periodo de elegibilidad puede incluir una cobertura retroactiva. 5. Se me pedirá un depósito de $150 en cada visita a SMMC. Esta cantidad se aplicará a la visita y se facturará la diferencia. 6. En el caso de los servicios para pacientes hospitalizados, se espera que pague un depósito del 50 % de los gastos previstos con un *descuento*, hasta de un máximo de $5000.00. 7. Si se aprueba el DHC, recibiré un descuento del 65 % de los cargos, lo que significa que no pagaré más de la cantidad más alta que el San Mateo Medical Center recibiría por proporcionar los servicios médicos en cuestión por parte de Medicare, Medi-Cal o cualquier otro programa de beneficios de salud patrocinados por el gobierno en el que el San Mateo Medical Center participe. 8. Tengo a mi disposición un plan de repago extendido sin intereses, cuyos términos dependerán de mi capacidad de pago.   **Mis iniciales indican que leí, entendí y reconozco cada una de las declaraciones mencionadas anteriormente:** \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Reconocimientos para la Atención de Caridad y el DHC** | | |
| 1. Solo pacientes sin seguro o seguro insuficiente califican para recibir Atención de Caridad o DHC. Un paciente con seguro insuficiente es aquel que tiene un seguro de terceros con deducible, coseguro o gasto médico de bolsillo de alto costo. 2. Reconozco haber recibido información acerca de los Programas de Asistencia Financiera. 3. Si se me pide solicitar Medi-Cal o cualquier otro programa, debo hacerlo. 4. La solicitud de atención de caridad/DHC debe presentarse en un plazo de 180 días a partir de la emisión de la factura. Las solicitudes recibidas después de los 180 días se considerarán caso por caso. 5. Si la información que brindé como parte de mi solicitud es inexacta, se me descalificará inmediatamente de la atención de caridad o DHC y se me facturarán de manera retroactiva todos los servicios previamente cubiertos por estos programas. Proporcionar información falsa para obtener beneficios de manera indebida es un delito que se debe reportar. 6. Exenciones y descuentos de los Programas de Atención de Caridad y de Atención Médica con Descuentos solo se aplican a los cargos facturados por SMMC. Los proveedores de la Sala de Emergencia contratados por SMMC facturarán por separado; los pacientes pueden buscar asistencia financiera directamente de los proveedores contratados. 7. Debo presentar un comprobante de mis ingresos familiares, por ejemplo: un recibo de sueldo reciente, un talón de cheque o carta del gobierno (desempleo o discapacidad), o formularios de impuestos federales del año anterior. 8. Solo debo enviar fotocopias y NO originales, ya que la documentación original no será devuelta. 9. El solicitante dispone de 45 días a partir de la fecha de solicitud para presentar la documentación requerida. Si no se proporciona en un plazo de 45 días, la solicitud será denegada. El solicitante recibirá una notificación por escrito en la que se le comunicará que la solicitud fue denegada por no haber proporcionado la documentación necesaria. 10. Se informará por escrito a quienes soliciten atención de caridad o DHC si cumplen los requisitos. El condado entregará la carta al solicitante en un plazo de 45 días a partir de la recepción de una solicitud completa y en ella se informará sobre el derecho a apelar una denegación. 11. Si se niega mi elegibilidad, se me dará de baja de la atención de caridad o DHC por cualquier motivo, o si deseo solicitar una exención o reducción de los cargos, tengo derecho al proceso de apelación de dos pasos que me permite presentar pruebas de elegibilidad o argumentar circunstancias especiales con base en mi incapacidad de pago.     1. El primer paso de la apelación es la Revisión de elegibilidad individual (Individual Eligibility Review, IER) para apelar cualquier cuestión financiera y no financiera relacionada con mi elegibilidad y capacidad de pago.        1. Puedo enviar por correo mi solicitud de apelación dentro de los 60 días posteriores a la notificación de denegación o cancelación de la afiliación a Sarita Llamas, Coordinadora de Apelaciones, 801 Gateway Blvd., Ste. 300, South San Francisco, CA 94080 o puedo enviarlo por correo electrónico a [**sllamas@smcgov.org**](mailto:sllamas@smcgov.org).        2. Deberá incluir una declaración en la que establezca el fundamento de la apelación y cualquier verificación que apoye la elegibilidad.        3. Recibiré una respuesta por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de mi apelación.     2. Si no estoy conforme con la decisión del proceso de IER, puedo presentar el Paso 2 de la apelación a la coordinadora de apelaciones, y el Comité de Elegibilidad y Revisión Financiera (Eligibility and Financial Review Committee, EFRC) tomará una decisión.     3. Si tengo alguna pregunta sobre el proceso de apelación, puedo llamar a la coordinadora de apelaciones al **650-670-5727**. 12. El **Centro de Consumidores de Servicios de Salud** de Legal Aid Society of San Mateo County ayuda a los residentes del condado a navegar a través del sistema de salud y ofrece información, asesoramiento y representación. Para obtener más información, llame al (650) 558-0915 o visite <https://www.legalaidsmc.org/>.   Declaro que la información arriba mencionada es verdadera y correcta. Además, al firmar a continuación, autorizo al personal del condado, agentes o contratistas, a verificar o investigar mi elegibilidad. Dicha investigación/verificación puede incluir la obtención y uso de información y documentos en posesión de otras agencias públicas y privadas.  **Mi firma indica que leí y reconozco cada una de las declaraciones anteriores y que estoy de acuerdo en inscribirme para recibir Atención de Caridad o DHC.** | | |
|  | | |
| Firma del solicitante: | | Fecha: |
| **PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO** | | |
| **Fecha de la determinación de elegibilidad:** | ❑ **Aprobado** ❑ **Denegado** | |
| **Firma del personal:** | | **Fecha:** |