



Solicitud del Programa de Asistencia Financiera de SMMC

La información que proporcione en esta solicitud se utilizará para evaluar su elegibilidad no solo para los programas Charity Care y Discounted Health Care (DHC), sino también para otros programas de cobertura médica. Estos incluyen Medi-Cal, Covered California, Access and Care for Everyone (ACE), Kaiser Community Health Care (CHCP), entre otros. La elegibilidad para cada programa varía y no todos los solicitantes calificarán.

Para solicitar un programa de cobertura médica o si tiene preguntas sobre su elegibilidad, llame a la Unidad de Cobertura de Salud al **650-616-2002**, visite smchealth.org/Health-insurance, o envíe su solicitud por correo electrónico: Info-HCU@smcgov.org o por correo: Health Coverage Unit, 801 Gateway Boulevard, Ste. 1, South San Francisco, CA 94080.

Información del solicitante			
Nombre:		N.º de expediente:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:	
Dirección actual:		Otro N.º 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?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
¿Tiene seguro médico público o privado o cobertura a través de un programa federal, estatal o del condado (p. ej., HMO/PPO, seguro de viaje, Medicare, Medi-Cal, Covered CA, etc.)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí ¿por qué necesita ayuda financiera para esta visita?			
<input type="checkbox"/> Coseguro	<input type="checkbox"/> Fecha del servicio fuera del periodo de cobertura		
<input type="checkbox"/> Deducible	<input type="checkbox"/> Otros _____		

Niveles de Ingresos para Calificar

La elegibilidad se basa en el Nivel Federal de Pobreza (FPL), determinado por el tamaño de la familia y el ingreso anual.

Tamaño de familia	138% FPL Medi-Cal / Atención de Caridad	200% FPL ACE	300% FPL Kaiser CHCP	400% FPL DHC	600% FPL Covered California
1	\$20,783	\$30,120	\$43,740	\$60,240	\$90,360
2	\$28,208	\$40,880	\$59,160	\$81,760	\$122,640
3	\$35,632	\$61,640	\$74,580	\$103,280	\$154,920
4	\$43,056	\$62,400	\$90,000	\$124,800	\$187,200
Por cada miembro adicional de la familia agregue:	\$7,425	\$10,760	\$16,140	\$21,520	\$32,280

Efectivo 1/1/2024

Revisado 9/16/2024



Los pacientes de San Mateo Medical Center (SMMC) que no califican para otros programas de cobertura médica pueden calificar para los programas de Atención de Caridad o DHC.

Reconocimiento para la Atención de Caridad

1. Si tengo un saldo adeudado que no califica para el pago de otros pagadores, se me considerará para la Atención de Caridad, pero solo después de que se hayan agotado los esfuerzos para inscribirme en un programa de cobertura médica adecuado.
2. Para calificar para la atención de caridad, mis ingresos familiares deben ser igual o menor que el 138% del Nivel Federal de Pobreza.
3. Solo se puede usar la atención de caridad en las instalaciones de SMMC. La atención de caridad no es un programa de seguro.
4. Si se aprueba la atención de caridad, no se aplicarán los saldos de pacientes por mis visitas aprobadas.

Reconocimiento para la Atención Médica con Descuento (DHC)

1. Para calificar para DHC, mis ingresos familiares deben ser igual o menor que el 400 % del Nivel Federal de Pobreza.
2. No calificaré si estoy inscrito en un seguro gubernamental o privado a menos que tenga “costos médicos altos”. Los costos médicos altos se definen como gastos de bolsillo anuales por atención médica que exceden el 10% del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar en los 12 meses anteriores, lo que sea menor.
3. Solo se puede usar en las instalaciones preaprobadas de SMMC y farmacias asociadas (lista disponible bajo petición). DHC no es un programa de seguro.
4. Si se aprueba el DHC, recibiré un descuento del 65% de los cargos regulares.

Reconocimientos para la Atención de Caridad y el DHC

1. Debo solicitar Medi-Cal o cualquier otro programa si se me solicita hacerlo.
2. La solicitud de Programas de Asistencia Financiera debe presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de la visita. Las solicitudes recibidas después de los 180 días se considerarán caso por caso.
3. Debo presentar prueba dentro de 45 días de la fecha de mi solicitud de mis ingresos familiares incluyendo: un talón de pago reciente, un talón de pago o carta del gobierno (desempleo o discapacidad), o formulario de impuestos federales del año pasado (fotocopias solamente – originales no serán devueltas).
4. Si la información que proporciono no es precisa, seré descalificado de la atención de caridad y el DHC. Se me puede facturar retroactivamente por todos los servicios que fueron cubiertos por estos programas.
5. Proporcionar información falsa para obtener beneficios incorrectamente puede ser un delito denunciabile.
6. Se me informará por escrito si califico para atención de caridad o DHC. Recibiré la notificación dentro de los 45 días posteriores a que el Condado reciba la solicitud completa. La notificación incluirá información de como apelar una denegación.

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 obteniendo y usando información y documentos en posesión de otras agencias públicas y privadas.

Mi firma indica que leí y entendí cada una de las declaraciones anteriores y que estoy de acuerdo en inscribirme para recibir Atención de Caridad o DHC.

Firma del solicitante:

Fecha: