

Solicitud de Atención de Caridad

Paso 1:

¿Necesita asistencia financiera para cualquiera de los siguientes tipos de servicios en San Mateo Medical Center (SMMC)?

Visita a Sala de emergencia – Sólo SMMC Sí No Fecha(s) del servicio _____

Cirugía – Transferido de la sala de emergencias

de SMMC Sí No Fecha(s) del servicio _____

Hospitalización – Transferido de la sala de

emergencias de SMMC Sí No Fecha(s) del servicio _____

Si respondió que SÍ a cualquiera de las opciones anteriores, continúe con la solicitud. Si respondió NO a cualquiera de las opciones anteriores, usted no es elegible para atención de caridad.

Paso 2:

¿Esta visita se debe a una lesión relacionada al trabajo o un accidente automovilístico? Sí No

¿Tiene seguro médico público o privado o cobertura a través de un programa federal, estatal, o programa del condado? (por ejemplo: HMO/PPO, Medicare, Medi-Cal, Healthy Families, Healthy Kids, etc.) Sí No

Si respondió NO a la pregunta en el paso 2, continúe con la solicitud. Si respondió SÍ a estas preguntas, usted no es elegible para atención de caridad.

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	No. de registro médico	Fecha de nacimiento
			DD / MM / AA

Activos monetarios familiares (no incluye exenciones)

Efectivo	\$ _____
Cuenta corriente	\$ _____
Cuenta de ahorros	\$ _____
Mercado de fondos de dinero	\$ _____
Certificado(s) de depósito	\$ _____
Anualidades	\$ _____
Acciones/bonos	\$ _____

No. de miembros de la familia	_____
Ingreso Mensual Familiar Bruto \$	_____

Fondos mutuos (no parte de retiro o plan de compensación diferido)	\$ _____
Total de Activos Monetarios Familiares	\$ _____

Reconozco que he recibido copias de los programas de asistencia financiera folleto. Comprendo que si me no califican para la atención de caridad, puedo calificar para otro programa.

Declaro bajo pena de perjurio, que la información anterior es verdadera y correcta. Además, al firmar a continuación, por este medio autorizo al personal del Condado, agentes o contratistas, para verificar y/o investigar mi elegibilidad. Tal investigación/verificación puede incluir la obtención y uso de información y documentos poseídos por otras entidades públicas y privadas, incluyendo, pero no limitado a, los registros del Departamento de Servicios de Manutención de Menores. Se notificará al solicitante/tutor por correo, ya sea si la solicitud es aprobada o denegada.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO

Fecha de determinación de elegibilidad: _____

Aprobado

Denegado

Firma del personal: _____

Fecha: _____

Solicitud al programa de atención caritativa de San Mateo County

Criterios de elegibilidad

Debe cumplir con los siguientes requisitos para ser elegible para el programa:

- El ingreso de su hogar es igual o inferior al 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL).
- Los activos monetarios en su hogar están en o por debajo de los \$ 10,500. Esto incluye cheques, cuentas de ahorro y de inversión. Esto no incluye las cuentas de jubilación o planes de compensación diferidas calificados bajo el Código de Rentas Internas, o planes de compensación diferida no calificados.
- Usted debe haber recibido uno de los siguientes tipos de servicios: Visita a la sala de emergencias de SMMC, transferencia de hospitalización de la sala de emergencias de SMMC, o transferencia quirúrgica de la sala de emergencias de SMMC.
- Su solicitud de atención de caridad se presenta dentro de 150 días de emisión inicial de una factura.

Si usted no cumple con estos criterios, por favor comuníquese con el Departamento de Contabilidad del Paciente al 573-2525.

Documentación requerida

- Las copias de sus recibos de pago correspondientes a los tres meses anteriores a la fecha de admisión o visita a urgencias, o copias de su más reciente declaración de impuestos federal firmado.
- Copias de otros documentos para verificar su ingreso. Esto incluye, pero no se limita a, cartas de discapacidad del Seguro Social o desempleo oficinas.
- Copias de los tres estados de cuenta bancarios coincidentes de los tres meses anteriores a la fecha de admisión o visita a urgencias. Esto incluye cheques, cuentas de ahorros y de inversión. Esto no incluye las cuentas de jubilación o planes de compensación diferidas calificados bajo el Código de Rentas Internas, o planes de compensación diferida no calificados.

No envíe los originales. Envíe sólo fotocopias. Los originales no serán devueltos.

Notificación de determinación de elegibilidad

- El solicitante tiene 45 días a partir de la fecha de solicitud para proporcionar la documentación requerida. Si no es proporcionada en un plazo de 45 días, la solicitud será denegada. El solicitante recibirá una notificación por escrito indicando que la solicitud ha sido negada con base a su incumplimiento para proporcionar las verificaciones necesarias.
- Las personas que aplican para atención de caridad serán informadas por escrito, en caso de calificar para el programa. La carta será proporcionada al solicitante dentro de los 45 días luego que el Condado haya recibido una solicitud completa y esta deberá proporcionar información sobre el derecho a apelar a una denegación.

Derechos del Paciente para apelar

Si se le niega la elegibilidad para atención de caridad o desea solicitar una renuncia o reducción de copagos, cuotas o cargos, usted tiene derecho a un proceso de apelaciones de dos pasos que le permite presentar evidencia de la elegibilidad o discutir circunstancias especiales con base en su incapacidad para pagar. El primer paso es una apelación "individual de revisión de elegibilidad" (IER) apelar cualquier cuestión financiera y no financiera relativas a la admisibilidad y capacidad de pago. Si usted no está satisfecho con la decisión del proceso de IER, puede apelar a la "elegibilidad y el comité de revisión financiera" (EFRC).

Un solicitante puede apelar la denegación de atención de caridad y debe presentar su solicitud por escrito dentro de los 60 días hábiles después de recibir su determinación denegación para: **Patient Access Supervisor (Director de acceso del paciente), San Mateo Medical Center, 222 W.39th Avenue, San Mateo, CA 94403**. El solicitante debe presentar los siguientes artículos:

- Copia de la solicitud completa
- Declaración estableciendo la base de la apelación

Si tiene alguna consulta con respecto a esta solicitud, se puede comunicar con nosotros por correo a: San Mateo Medical Center, Attn: Ana Rivera, Patient Access Supervisor, 222 W.39th Ave., San Mateo, CA 94403. Teléfono: 650-573-2574