



Solicitud del Programa de Asistencia Financiera de SMMC

La información que proporcione en esta solicitud se usará para determinar qué programa de cobertura médica es el adecuado para usted. Los programas disponibles incluyen: Atención de Caridad, Atención Médica con Descuento (DHC) y Asistencia por Dificultades Financieras (FHA). Estos no son planes de seguro.

Todos los programas requieren comprobantes de ingresos e identidad. Los pacientes con seguro que tengan gastos médicos altos y que soliciten DHC también deben presentar comprobantes de sus gastos de bolsillo. El programa FHA también requiere comprobantes de bienes y dificultades económicas. La elegibilidad varía para cada programa y no todos calificarán.

Cómo presentar esta solicitud:

- Por teléfono:** Llame a la Unidad de Cobertura de Salud al **650-616-2002**
- Por correo electrónico:** Info-HCU@smcgov.org
- Por correo:** Health Coverage Unit, 801 Gateway Boulevard, Suite 100, South San Francisco, CA 94080

¿Preguntas?

Llámenos o visite smchealth.org/health-insurance para más información.

Niveles de ingresos para calificar

La elegibilidad se basa en el Nivel Federal de Pobreza (FPL). El FPL es una medida de ingresos que se usa para determinar la elegibilidad para diversos programas y beneficios de asistencia*. La tabla muestra los límites de ingresos anuales del FPL según el tamaño de la familia para cada programa.

Tamaño de la familia	138% FPL Atención de Caridad	400% FPL DHC
1	\$21,597	\$62,600
2	\$29,187	\$84,600
3	\$36,777	\$106,600
4	\$44,367	\$128,600
Por cada miembro adicional de la familia agregue:	\$7,590	\$22,000

Efectivo 1/1/2025

*Para la Asistencia por Dificultades Financieras, no hay un límite de ingresos establecido y se consideran otros factores para determinar la elegibilidad.



Información del solicitante

Nombre:	N.º de expediente:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:
Dirección actual:		Otro teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información del hogar

Tamaño de la familia:	Ingresos mensuales brutos de la familia:	\$
-----------------------	--	----

Información de la visita

Fecha (o fechas) de la visita médica con factura que necesita cobertura:		
¿Esta visita se debe a una lesión relacionada con el trabajo o a un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input 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 type="checkbox"/> No

Si la respuesta es sí ¿por qué necesita ayuda financiera para esta visita?

<input type="checkbox"/> Coseguro <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/> Costo Compartido	<input type="checkbox"/> Fecha del servicio fuera del periodo de cobertura <input type="checkbox"/> Otros _____
--	--

Asistencia por Dificultades Financieras (FHA)

Cualquier paciente puede solicitar una exención o descuento debido a su incapacidad de pago.

¿Está teniendo una o más de las dificultades económicas que aparecen a continuación? Si es así, marque todas las que le correspondan.

- Fallecimiento de un familiar** (que viva en el hogar o esté declarado en los impuestos) - en los últimos 6 meses
- Pérdida del empleo o reducción de ingresos**
- Enfermedades o accidentes**
- Pérdida de vivienda** - ejecución hipotecaria, desalojo, desastre natural, etc.
- Responsabilidad financiera** - bancarrota, gravamen, demandas, etc.

Por favor, explique con detalle cómo la dificultad que seleccionó anteriormente le impide cumplir con sus obligaciones financieras.



SAN MATEO COUNTY HEALTH

SAN MATEO MEDICAL CENTER

SMMC evaluará a todos los pacientes con un saldo pendiente para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera por los servicios recibidos en el hospital o las clínicas de SMMC.

Reconocimiento para la Atención Médica con Descuento (DHC)

1. Para calificar para DHC, mis ingresos familiares deben ser iguales o menores de 400% del Nivel Federal de Pobreza.
2. No calificaré si estoy inscrito en un seguro público o privado, a menos que tenga "altos gastos médicos". Los altos gastos médicos se definen como gastos anuales de bolsillo por atención médica que superen el 10% de los ingresos familiares actuales del paciente O los ingresos de los últimos 12 meses (el que sea menor).
3. Debo informar dentro de 10 días cualquier cambio en mis ingresos o en el estado de mi seguro médico/cobertura.
4. Además de los hospitales y clínicas de SMMC, DHC se puede usar en farmacias asociadas preaprobadas (lista disponible a solicitud).
5. Si se me aprueba para DHC, recibiré un descuento del 65% en los cargos regulares.

Reconocimiento para la Atención de Caridad

1. Si tengo una cuenta pendiente que no califica para ser pagada por otros pagadores, se me considerará para la Atención de Caridad.
2. Para calificar para la Atención de Caridad, mis ingresos familiares deben ser iguales o menores de 138 % del Nivel Federal de Pobreza.
3. Si se me aprueba la Atención de Caridad, se me perdonarán los cobros pendientes de mis consultas aprobadas.
4. Entiendo que la Atención de Caridad solo está disponible si posteriormente no puedo inscribirme en un programa de cobertura médica.

Reconocimiento para la Asistencia por Dificultades Financieras (FHA)

1. Cualquier paciente con dificultades económicas que no pueda pagar los servicios recibidos en el hospital o las clínicas será considerado para la FHA.
2. Si se aprueba, los pacientes recibirán un descuento del 100% y no serán responsables del saldo pendiente.



Reconocimientos para la DHC, Atención de Caridad y FHA

1. La solicitud para los Programas de Asistencia Financiera de SMMC puede presentarse en cualquier momento.
2. Debo presentar comprobante de los ingresos de mi hogar, dentro de los 45 días posteriores a la fecha de mi solicitud, incluyendo: un comprobante de pago reciente, un comprobante o carta de cheque del gobierno (por desempleo o discapacidad), o formularios de impuestos federales (solo fotocopias; no se devolverán los originales).
3. Si proporciono información falsa en mi solicitud o verificaciones, seré descalificado para recibir asistencia financiera. En ese caso, se me podría facturar retroactivamente todos los servicios previamente cubiertos o con descuento. Dar información falsa para obtener beneficios es un delito denunciable.
4. Se me informará por escrito si califico para DHC, Atención de Caridad o FHA. Recibiré la notificación dentro de los 45 días posteriores a que el Condado reciba mi solicitud completa. La notificación incluirá información sobre cómo apelar una denegación.

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta. **Mi firma significa que he leído y comprendido cada declaración anterior y acepto estar inscrito en DHC, Charity Care o FHA.**

Firma del solicitante:

Fecha: