



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Instrucciones

Si desea recibir ayuda gratuita para llenar esta solicitud, por favor póngase en contacto con Servicios Financieros para Pacientes por teléfono al **1-866-967-4677 (TTY: 711)** 8 a. m. a 4:30 p. m., lunes a viernes) o personalmente en 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA, 95128 (8 a. m. a 4:30 p. m., lunes a viernes).

Si desea obtener más información sobre opciones de asistencia financiera, por favor visítenos en línea en **scvh.org/bill-help**.

Por favor llene completamente esta solicitud y devuélvala a Servicios Financieros para Pacientes:

- **por fax** al 1-408-494-7848
- **por correo postal o personalmente** en 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128, o
- **por correo electrónico** a HHSVCAApp@sccgov.org

Nota: Si opta por enviarnos un correo electrónico, le recomendamos cifrar su mensaje para proteger la privacidad y seguridad de sus documentos personales.

También debe proporcionar al menos uno de cada uno de los siguientes documentos como respaldo de su solicitud:

1. **Comprobante de identidad** (por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte, identificación emitida por el gobierno, identificación de la escuela o el empleo o acta de nacimiento más identificación del gimnasio o de otro tipo).
2. **Comprobante de ingresos** (por ejemplo, recibos de pago recientes, devoluciones fiscales, carta de concesión del Seguro Social, cartas de concesiones para otros beneficios, estados de cuenta de beneficios militares y/o recibos de ingresos por percepción de alquileres, según corresponda) y
3. **Comprobante de residencia** (por ejemplo, contrato de renta/arrendamiento/hipoteca, recibo de servicios, registro del vehículo o declaración de desamparo).

La elegibilidad para algunos programas de cobertura de atención médica puede requerir información adicional. Si se requieren más documentos, se le indicará qué documentos proporcionar.

Los residentes del condado que únicamente busquen calificar para un descuento parcial con base en el Programa de Acceso a la Atención Médica del CSCHS (HAP), (es decir, los pacientes que pagan por cuenta propia o con costos médicos elevados que perciben ingresos superiores al 400 % pero inferiores al 650 % del Nivel Federal de Pobreza) solo necesitan presentar recibos de pago recientes o devoluciones fiscales como comprobante de ingresos.

Para obtener esta solicitud e información relacionada en otro idioma o en un formato alternativo accesible (incluyendo, entre otros, letra grande, braille, audio y formatos electrónicos que sean accesibles y puedan ser leídos por un lector de pantalla en un orden de lectura lógico) por favor contacte a Servicios Financieros para Pacientes al 1-866-967-4677 (TTY: 711).



Información de referencia:

Nombre legal (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre):	
Género:	Idioma de preferencia:
Dirección de correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Marque aquí para manifestar su consentimiento para recibir actualizaciones sobre esta aplicación por medio de correo electrónico seguro
Número de teléfono: () -	Dirección postal (incluyendo ciudad, estado, código postal):
¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Residente del Condado de Santa Clara? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Veterano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Residente legal permanente? / ¿titular de una tarjeta de residencia? / ¿titular de una tarjeta de autorización de empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de soltera de la madre:	
¿Durante cuánto tiempo? Años Meses	
Situación laboral del solicitante: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> N/A	
Nombre y número de teléfono del lugar de trabajo más reciente: _____ / () -	
Fechas en las que estuvo empleado/trabajó por su cuenta más recientemente: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___	
Situación laboral del cónyuge/pareja doméstica: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> N/D	
Nombre y número de teléfono del lugar de trabajo más reciente: _____ / () -	
Fechas en las que estuvo empleado/trabajó por su cuenta más recientemente: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___	
¿Se prevé que la incapacidad dure 12 meses o más? <input type="checkbox"/> Sí, yo <input type="checkbox"/> Sí, mi cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> No	

Situación doméstica

Por favor mencione a continuación a todos los miembros de su familia, incluyéndose a usted mismo, su cónyuge o pareja doméstica y dependientes menores de 21 años (independientemente de si viven en casa o no). Por favor también marque la casilla () si usted reclama a la persona que aparece en su devolución fiscal.

Nombre legal (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Relación con usted:	Número de Seguro Social (si corresponde)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



Seguro de Atención Médica y Acceso

¿Tiene seguro de atención médica (incluyendo, entre otros, Medicare, Medi-Cal, un plan de Covered California, cobertura pagada por el empleador y/u otra cobertura de terceros para gastos relativos a la atención médica)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre o nombres de la compañía de seguros:
Número de contacto de la compañía de seguros: () - () -
En caso de que haya sufrido lesiones, ¿sus lesiones fueron causadas por un tercero (por ejemplo, durante un accidente de automóvil o una caída)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuenta con algún otro seguro que pueda aplicar (como una póliza de auto)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o su familia pagó gastos de atención médica por cuenta propia (como copagos, coaseguros, deducibles y facturas no cubiertas por la compañía de seguros) en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, indique el monto total pagado: \$ _____
(Si corresponde) Tengo un médico de atención primaria en: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> una clínica comunitaria
(Si corresponde) Nombre del médico de atención primaria:

Ingreso mensual actual

Por favor llene la tabla siguiente indicando **cantidades de ingreso bruto total (es decir, antes de impuestos) para todos los miembros de su familia**, incluyéndose a usted mismo, su cónyuge o pareja doméstica y dependientes menores de 21 años (independientemente de si viven en casa o no).

Fuente del ingreso mensual	Paciente	Cónyuge	Otro	<p>DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY</p> <p>Total gross monthly income: \$ _____</p> <p>Family Size: _____</p> <p>FPL Level: _____</p>
1. Ingresos derivados del trabajo (salario, sueldos, ingresos en efectivo y otras compensaciones)	\$	\$	\$	
2. Ingresos derivados de la operación de un negocio (se trabaja por su cuenta)	\$	\$	\$	
3. Ingresos derivados de intereses y dividendos	\$	\$	\$	
4. Ingresos derivados de bienes inmuebles o bienes muebles	\$	\$	\$	
5. Ingresos percibidos del Seguro Social	\$	\$	\$	
6. Otros ingresos (especifique: _____)	\$	\$	\$	
7. Pensión conyugal / manutención para hijos que haya recibido	\$	\$	\$	
8. Pensión conyugal / manutención para hijos que haya PAGADO	\$	\$	\$	
Ingresos totales (sume las líneas 1 a 7 anteriores) menos lo que haya pagado de la pensión conyugal / manutención para hijos (línea 8)	\$			



Aviso importante en relación con el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP)

Recuerde: Para calificar para beneficencia o un descuento con base en el Programa de Acceso a la Atención Médica del CSCHS (HAP), usted debe hacer todo lo posible por presentar su Solicitud de Asistencia Financiera al CSCHS en un plazo de 180 días después de haber recibido su primer estado de cuenta para un episodio de atención específico. **Si presenta su solicitud después de este periodo de 180 días, debe explicar por qué hay una causa justificada para el retraso empleado el espacio que aparece a continuación.** Puede presentar otros documentos para respaldar su explicación. CSCHS también puede ponerse en contacto con usted para solicitar información adicional.

Declaración y Firma

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es fiel y correcta a mi leal saber y entender, y que en los casos en los que no sabía aún la respuesta a alguna pregunta, hice todos los intentos razonables de confirmar la respuesta con alguien que sí la sabía. Entiendo que debo informar al Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS) sobre cualquier cambio en mi residencia, situación financiera, número de integrantes de la familia y/o elegibilidad para una cobertura de seguros antes de 60 días o cuando el cambio ocurra o en el siguiente punto del servicio, lo que se produzca primero. Acepto divulgar la información de mi historial médico con el fin de recibir atención médica colaborativa con proveedores que tengan contrato con el Condado de Santa Clara, así como a la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara para fines de determinar la elegibilidad para Medi-Cal y compartir información sobre mi situación en Medi-Cal. Autorizo a CSCHS solicitar un informe de crédito y/o a verificar cualquier parte de la información contenida en esta solicitud según juzgue necesario.

Fecha

Firma