



**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA PARA PACIENTES CUYAS FACTURAS POR SERVICIOS HOSPITALARIOS PASARON AL DEPARTAMENTO DE COBROS (COLLECTIONS) ENTRE EL 28 DE OCTUBRE DE 2018 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021**

Llene y envíe este formulario junto con los documentos de verificación requeridos. Puede presentarlos de la siguiente manera:

- Enviándolos por correo o entregándolos personalmente en:  
**770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**
- Enviándolos por fax a: **1-408-494-7848**
- Enviándolos por correo electrónico a: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**



*Nota: Si decide enviar su solicitud por correo electrónico, le recomendamos que encripte su mensaje para proteger la privacidad y seguridad de sus documentos personales.*

**Para poder beneficiarse de la ayuda financiera, deberá llenar las 4 páginas de este formulario y entregarlas al Condado en un plazo de 65 días a partir de la fecha que figura en el aviso adjunto (Documento número: 22223). Después, dispondrá de 150 días adicionales para presentar los documentos que se especifican en la página siguiente para verificar sus ingresos, identidad y residencia. Las fechas exactas de vencimiento figuran en el aviso.**

Cuando recibamos el formulario completo y los documentos de verificación, decidiremos si puede beneficiarse de un descuento total o parcial y se lo comunicaremos por escrito. Podríamos llamarle y/o escribirle si tenemos preguntas sobre su solicitud.

<b>Su nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)</b>	
<b>Fecha de nacimiento (mes/día/año)</b>	
<b>Los cuatro últimos dígitos de su número de seguro social</b>	
<b>Dirección de correo electrónico</b>	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla para dar su consentimiento a recibir comunicaciones relacionadas con esta solicitud por correo electrónico seguro.
<b>Dirección postal</b>	
<b>Número de teléfono</b>	
<b>Idioma de preferencia</b>	
<p><b>¿Tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario?</b> Llame al Departamento de Acceso de Pacientes del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara al 1-408-494-7850 o al 1-888-524-3317 (TTY: 711) (de 8am a 4:30pm, de lunes a viernes) o a la Alianza de Consumidores de Salud al 1-888-804-3536 para obtener ayuda gratuita.</p>	

<p><b>Circunstancias especiales</b></p> <p>Marque una de las casillas de la derecha si corresponde.</p>	<p><input type="checkbox"/> La persona cuya cuenta se envió al departamento de cobros ya ha fallecido.</p> <p><input type="checkbox"/> Estuve transeúnte o sin hogar en algún momento entre el 28 de octubre de 2018 y el 31 de diciembre de 2021 (especifique las fechas, según su leal saber y entender):</p>
<p><b>Situación de la familia</b></p> <p>Marque la casilla correspondiente a cada miembro de su familia entre el 28 de octubre de 2018 y el 31 de diciembre de 2021.</p> <p>Si el número o la situación de los miembros de su familia cambió durante este periodo de tiempo (por ejemplo, si usted y su conyugue se divorciaron o un hijo cumplió 21 años), explíquelo en el espacio proporcionado.</p>	<p><input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja de hecho</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el domicilio familiar</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Número de hijos: _____</p> <p style="text-align: right;">Número total de personas, incluido usted:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de circunstancias (si corresponde):</p>
<p><b>Año(s) en que su(s) factura(s) fue(ron) enviadas al departamento de cobros (collections)</b></p> <p>Marque el año o años en que su(s) factura(s) fue(ron) enviadas al departamento de cobros (collections).</p> <p>Si no está seguro de cuándo pasó/pasaron su(s) factura(s) al departamento de cobros (collections), llámenos al 1-408-494-7850 o al 1-888-524-3317 (TTY: 711) (de 8am a 4:30pm, de lunes a viernes) para que le ayudemos a llenar este formulario o seleccione "No lo sé".</p>	<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>

<p><b>Ingresos</b></p> <p>Indique, a su leal saber y entender, <b>los ingresos brutos totales de su familia</b> por cada año en que tuvo facturas que fueron enviadas al departamento de cobros (el año o años que marcó arriba).</p> <p>Por cada año en que haya tenido facturas que hayan ido al departamento de cobros (collections), deberá sumar los ingresos de cada miembro de la familia que haya enumerado anteriormente, incluido usted mismo.</p> <p><b>Cuente</b> la paga del trabajo antes de impuestos y deducciones, los ingresos procedentes de un negocio, los pagos del Seguro social, la compensación por desempleo, los ingresos procedentes de intereses y dividendos y los ingresos procedentes de bienes raíces o propiedades personales.</p> <p><b>No cuente</b> las pensiones alimenticias ni la manutención de los hijos.</p> <p>Si no está seguro de la fecha cuando su(s) factura(s) fueron enviadas al departamento de cobros, por favor llámenos al 1-408-494-7850 o al 1-888-524-3317 (TTY: 711) (de 8am a 4:30pm, de lunes a viernes) para que le ayudemos a llenar este formulario, o proporcione el total de sus ingresos brutos familiares por cada año enlistado.</p>	<p>Estos fueron mis ingresos y los de mi familia:</p> <p><input type="checkbox"/> ingresos anuales (al año)  <input type="checkbox"/> ingresos mensuales</p> <p>Cantidad total:</p> <p>2018: \$ _____</p> <p>2019: \$ _____</p> <p>2020: \$ _____</p> <p>2021: \$ _____</p>
<p><b>VERIFICACIÓN DE INGRESOS</b></p> <p>Esta es una prueba de los ingresos brutos totales de su familia en el año o años en que su(s) factura(s) por servicios hospitalarios fue(ron) enviada(s) al departamento de cobros.</p>	<p>Me comprometo a facilitar, para cada año aplicable, una copia de mi información de la siguiente lista y de la de cada uno de los miembros de mi familia (elija al menos uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración de impuestos  <input type="checkbox"/> Talones de pago  <input type="checkbox"/> Otros documentos oficiales sobre ingresos  <input type="checkbox"/> No estoy seguro, sigo buscando documentos</p>
<p><b>VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD</b></p> <p>Es una prueba de su identidad (con su fotografía). Por ejemplo, la licencia de conducir, el pasaporte, otro documento de identidad emitido por el gobierno o una identificación del trabajo o la escuela.</p>	<p>Me comprometo a facilitar una copia de mi (elija una):</p> <p><input type="checkbox"/> Licencia de conducir o pasaporte  <input type="checkbox"/> Otro documento de identidad expedido por el gobierno  <input type="checkbox"/> Otro documento de identidad con fotografía: _____  <input type="checkbox"/> No estoy seguro, sigo buscando documentos</p>

<p><b>VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA</b></p> <p>Esta es la prueba de su condado de residencia para el/los año(s) que marcó arriba.</p> <p>Si no está seguro de cuándo su(s) factura(s) pasó(aron) al departamento de cobros, proporcione una prueba de residencia para cualquier momento entre el 28 de octubre de 2018 y el 31 de diciembre de 2021. Si su condado de residencia cambió durante este tiempo, marque también la casilla de la derecha.</p>	<p>Proporcionaré una copia de mi (elija una):</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato de alquiler/arrendamiento/declaración hipotecaria</p> <p><input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos</p> <p><input type="checkbox"/> Licencia de conducir o matrícula del vehículo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro documento: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro, sigo buscando documentos</p> <p><input type="checkbox"/> Mi condado de residencia cambió entre el 28 de octubre de 2018 y el 31 de diciembre de 2021</p>
--	--

Declaro que la información que he facilitado es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FOR PATIENTS  
WHOSE BILLS FOR HOSPITAL SERVICES WENT TO COLLECTIONS  
BETWEEN OCTOBER 28, 2018 AND DECEMBER 31, 2021**

Complete and return this form along with the required verifying documents by:



- Mailing or personally delivering them to:  
**770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**
- Faxing them to: **1-408-494-7848**
- E-mailing them to: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**

*Note: If you choose to e-mail your application, we recommend that you encrypt your message to protect the privacy and security of your personal documents.*

To qualify for financial assistance, you must complete all 3 pages of this form and return them to the County within 65 days of the date on the accompanying notice (Document No. 22223). You will then have an additional 150 days to submit the documents specified on the following page to verify your income, identity, and residency. The exact due dates are in the notice.

After we receive your completed form and verifying documents, we will make a decision about whether you qualify for a full or partial discount and let you know in writing. We may call and/or write to you if we have questions about your application.

<b>Your Name (Last, First, Middle)</b>	
<b>Date of Birth (month/day/year)</b>	
<b>Last Four Digits of Your Social Security Number</b>	
<b>E-mail Address</b>	<input type="checkbox"/> Check here to consent to receive communications regarding this application by secure e-mail.
<b>Mailing Address</b>	
<b>Phone Number</b>	
<b>Preferred Language</b>	

**Do you have questions or need help with this form?** Call the County of Santa Clara Health System Patient Access Department at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or the Health Consumer Alliance at 1-888-804-3536 for free assistance.

<p><b>Special Circumstances</b></p> <p>Please check one of the boxes to the right if it applies.</p>	<p><input type="checkbox"/> The person whose account was sent to collections is now deceased.</p> <p><input type="checkbox"/> I was transient or homeless at some point between October 28, 2018 and December 31, 2021 (specify dates, to the best of your recollection):</p>
<p><b>Household Status</b></p> <p>Check the box for each member in your family between October 28, 2018 and December 31, 2021.</p> <p>If the number or status of your family members changed during this time period (for example, if you and your spouse divorced or a child turned 21), please explain in the space provided.</p>	<p><input type="checkbox"/> Spouse or domestic partner</p> <p><input type="checkbox"/> Dependent children under 21 years of age, whether living at home or not</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Number of children: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Total number of individuals, including you:</p> <p style="padding-left: 80px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Changed circumstances (if applicable):</p>
<p><b>Year(s) Your Bill(s) Went to Collections</b></p> <p>Check the year(s) that your bill(s) went to collections.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form or select "I do not know."</p>	<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> I do not know</p>

<p><b>Income</b></p> <p>Provide, to the best of your knowledge, your <b>total gross family income</b> for each year you had bill(s) that went to collections (the year(s) you checked above).</p> <p>For each year you had bill(s) that went to collections, you need to add the income of each family member you listed above, including yourself.</p> <p><b>Do count</b> pay from work before taxes and deductions, income from operating a business, Social Security payments, unemployment compensation, income from interest and dividends, and income from real estate or personal property.</p> <p><b>Do not count</b> alimony or child support payments.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form, or provide your total gross family income for every year listed.</p>	<p>This was my and my family's:</p> <p><input type="checkbox"/> annual (yearly) income</p> <p><input type="checkbox"/> monthly income</p> <p>Total amount:</p> <p>2018: \$ _____</p> <p>2019: \$ _____</p> <p>2020: \$ _____</p> <p>2021: \$ _____</p>
<p><b>INCOME VERIFICATION</b></p> <p>This is proof of your total gross family income in the year(s) your bill(s) for hospital services went to collections.</p>	<p>I agree to provide, for each applicable year, a copy my and each of my family member's (choose at least one):</p> <p><input type="checkbox"/> Tax returns</p> <p><input type="checkbox"/> Pay stubs</p> <p><input type="checkbox"/> Other official income documentation</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p><b>IDENTITY VERIFICATION</b></p> <p>This is proof of your identity (including your photo). Examples include a driver's license, passport, other government-issued ID, or work or school ID.</p>	<p>I agree to provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or passport</p> <p><input type="checkbox"/> Other government-issued ID</p> <p><input type="checkbox"/> Other photo ID: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p><b>RESIDENCY VERIFICATION</b></p> <p>This is proof of your county of residence for the year(s) you checked above.</p> <p>If you are unsure about when your bill(s) went to collections, please provide proof of residence for any time between October 28, 2018 and December 31, 2021. If your county of residence changed during this time, please also check the box to the right.</p>	<p>I will provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Rental contract/lease/mortgage statement</p> <p><input type="checkbox"/> Utility bill</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or vehicle registration</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p> <p><input type="checkbox"/> My county of residence changed between October 28, 2018 and December 31, 2021</p>

I affirm that the information I have provided is true and correct.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature