



Formulario de apelación - Solicitud de descuento sobre facturas anteriores

Instrucciones

Si el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS) denegó su solicitud de **asistencia financiera para pacientes cuyas facturas por servicios hospitalarios pasaron a cobranzas entre el 28 de octubre de 2018 y el 31 de diciembre de 2021**, o si usted cree que califica para un descuento mayor, puede apelar:

1. Completando la segunda página de este formulario: y
2. Enviando el formulario completado (y los documentos que corroboren su apelación) a la siguiente dirección en un plazo de **30 días** a partir de la denegación o decisión con la que no está de acuerdo:

CSCHS Patient Access Department
770 S. Bascom Avenue
San José, CA 95128
Attention: Revenue Cycle Director

Su apelación debe **explicar por qué no está de acuerdo** con la negación o decisión inicial que recibió de CSCHS. Por ejemplo, si cree que cometimos un error o que hay información adicional que deberíamos tener en cuenta, avísenos.

Puede presentar documentos corroborantes junto con su formulario de apelación completado. CSCHS también puede comunicarse con usted para pedirle que presente documentos adicionales y/o información sobre su apelación.

CSCHS tomará una decisión sobre su apelación dentro de 30 días de recibir su formulario de apelación completado. Si la negación o decisión inicial es confirmada, usted puede realizar una segunda apelación completando otra copia de este formulario y presentándolo (y cualquier documento de apoyo) a la siguiente dirección dentro de **30 días** de la negación de su primera apelación:

CSCHS Patient Access Department
770 S. Bascom Avenue
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

CSCHS tomará una decisión sobre cualquier segunda apelación dentro de 30 días de recibir su formulario de apelación completado. La decisión sobre cualquier segunda apelación será definitiva.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar este formulario, póngase en contacto con el Departamento de Acceso de Pacientes por teléfono llamando al 1-408-494-7850 o al 1-888-524-3317 (TTY: 711) (de 8 de la mañana a 4:30 de la tarde, de lunes a viernes), por correo electrónico en FinancialAssistance@hhs.sccgov.org, o en persona en 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (de 8 de la mañana a 4:30 de la tarde, de lunes a viernes). También puede llamar a la Alianza de Consumidores de Salud, una red de servicios jurídicos comunitarios que le ayudará a entender este formulario sin coste alguno, al 1-888-804-3536 (TTY: 711).



Formulario de apelación - Solicitud de descuento sobre facturas anteriores

Información Requerida

Por favor **complete todos los cuadros** a continuación antes de enviar este formulario de apelación a CSCHS. Proporcionar información incompleta puede resultar en un retraso o denegación de su apelación.

| | |
|---|--|
| Nombre del paciente o garante (apellidos, nombre, segundo nombre): | |
| Fecha de nacimiento (mes/día/año): | Número de historial clínico (si lo sabe): |
| Correo electrónico: | <input type="checkbox"/> Marque aquí para dar su consentimiento para recibir comunicaciones relativas a este recurso por correo electrónico seguro. |
| Número telefónico: | Dirección postal: |
| Fecha de la denegación o decisión con la que no está de acuerdo: | |
| Explique por qué no está de acuerdo con la denegación o decisión y qué reparación solicita (si necesita más espacio, envíe páginas adicionales con este formulario): | |

Afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Fecha

Firma