

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR AYUDA ECONÓMICA

Esta es una solicitud de ayuda económica (también conocida como atención de beneficencia) en Stanford Medicine. Para fines de ayuda económica, el término «Stanford Medicine» abarca Stanford Medicine Health Care, Stanford Medicine Tri-Valley y Stanford Medicine Partners. Usted puede calificar para recibir ayuda económica en función del tamaño y los ingresos de su familia, incluso si cuenta con seguro médico. Es posible que la ayuda económica que reciba no cubra todos los gastos de atención médica, incluidos los servicios que prestan otras organizaciones. Para recibir ayuda económica, debe cumplir con las pautas del proceso de solicitud, entre ellas, que sus ingresos del hogar sean del 400 % o menos del Nivel Federal de Pobreza. La consideración para servicios futuros se basará en la necesidad médica y los costos catastróficos.

Stanford Medicine cuenta con una variedad de opciones disponibles para pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente. Nuestras opciones de ayuda económica incluyen:

No es necesario presentar una solicitud

- **Descuentos para personas sin seguro médico:** *Es posible que se excluyan algunos servicios.*
- **Planes de pago sin intereses:** *Los saldos deben pagarse generalmente dentro de un periodo de 6 a 12 meses.*

Es necesario presentar una solicitud

- **Ayuda económica completa:** *100 % de la porción que debe el paciente. Es posible que se excluyan algunos servicios.*
- **Planes de pago extendidos sin intereses:** *Los saldos se pagarán generalmente en un plazo de 12 a 18 meses.*

Para que se procese su solicitud, debe:

- proporcionar información sobre su familia; escribir el número de miembros de la familia en su hogar (el término «familia» incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas).
- proporcionar información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones).
- adjuntar información adicional si es necesario (por ejemplo, una carta de respaldo que valide la información)
- firmar y fechar el formulario.

Ahora puede utilizar MyHealth para enviar sus documentos, si se trata de solicitudes de ayuda económica en inglés, así como documentos de respaldo. Para todos los demás envíos de solicitudes, continúe haciéndolo por correo, correo electrónico, fax o en persona. Stanford Medicine mantendrá la confidencialidad y la dignidad de cada paciente. Cualquier información enviada para consideración a recibir ayuda económica será tratada como información de salud protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

<p>Stanford Medicine Health Care o Stanford Medicine Partners 500 Pasteur Drive Palo Alto, CA 94304</p> <p>Servicio de Atención al Cliente sobre Facturación Teléfono: (800) 549-3720 De lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>stanfordhealthcare.org/ financial-assistance</p>	<p>Stanford Medicine Tri-Valley 5555 W Las Positas Blvd Pleasanton, CA 94588</p> <p>Servicio de Atención al Cliente sobre Facturación Teléfono: (800) 549-3720 De lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>stanfordhealthcare.org/ tri-valley/patients-and-visitors/financial- assistance.html</p>
--	--

Para obtener más información sobre ayuda económica o si necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con el departamento de Servicio de Atención al Cliente sobre Facturación o consulte el sitio web de Ayuda Económica del centro médico donde busca atención. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluso por discapacidad y asistencia lingüística. Al enviar una solicitud de ayuda económica, nos da su consentimiento para realizar las consultas necesarias y así confirmar sus obligaciones e información financiera.

INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE DEBE PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD

Comprobante de ingresos (*Proof of Income, POI*): Proporcione cualquier documentación relevante de POI sobre su situación financiera actual. No presentar la documentación de respaldo requerida puede retrasar el trámite de su solicitud e incluso causar que le denieguen la ayuda económica. Envíe sus documentos a la dirección que se especifica a continuación:

A continuación encontrará un listado de la documentación de POI que es necesaria para la solicitud de Ayuda Económica de SHC.	
Tipo de ingreso	Documentación requerida
Ingreso laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual (si cuenta con dependientes, deberá presentar una declaración de impuestos) o • Copia de los dos talones de pago consecutivos más recientes (para el solicitante y el cosolicitante, si corresponde)
Trabajador autónomo	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual
Seguro Social/Jubilación	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual o • Copia de la Carta de Adjudicación de la Administración del Seguro Social que indique el pago mensual y • Copia de la notificación de pago mensual o de la carta de adjudicación de la pensión.
Incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual o • Copia de la Carta de Adjudicación de discapacidad que indique el pago mensual de discapacidad
Desempleo	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual o • Copia de la Carta de Adjudicación del desempleo que indique el monto de los beneficios diarios, semanales o mensuales
Manutención conyugal	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual que muestre estos ingresos. o • Copia de la carta oficial de la corte que indique el monto mensual de la adjudicación
Ingresos devengados por el alquiler de propiedades	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del formulario del Anexo 1
Ingresos por concepto de inversiones	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual
Prueba de dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Formulario 1040, Página 1 y 2 solamente) para el año fiscal actual
Comprobante de inscripción (estudiante)	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la carta de inscripción/matricula universitaria o boletín de calificaciones actual del trimestre/semestre universitario. y • Carta/correo electrónico del solicitante que explique cómo se respaldan los gastos mensuales (si no declaran ingresos)
Carta de respaldo	<ul style="list-style-type: none"> • Carta/correo electrónico del solicitante que explique cómo se respaldan los gastos mensuales (si no declaran ingresos)

No se acepta la siguiente documentación para la solicitud de Ayuda Económica de Stanford Medicine:

- Formulario 1099
- Formulario W-2
- Estado de cuenta bancario
- Transcripción de la declaración de impuestos
- Lista de gastos personales
- Copia de los pagos con cheques

Se llevará a cabo todo esfuerzo razonable para tramitar su solicitud sin demora. Tras revisar su solicitud, usted recibirá una carta en la que se le confirmará el resultado. Las solicitudes completadas pueden enviarse por correo con la documentación de respaldo requerida a:

Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Assistance
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715

Las solicitudes también se pueden enviar por fax al (650) 493-8623 o por correo electrónico a FAA@stanfordhealthcare.org para un trámite más rápido.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

FECHA DE SOLICITUD: _____

Por favor, escriba toda la información solicitada en letra de molde.

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que califique para recibir ayuda económica, incluso si presenta una solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos la información y solicitemos información adicional o comprobante(s) de ingresos.

1. INFORMACIÓN FAMILIAR

(PROPORCIONE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS A TENER EN CUENTA PARA LA AYUDA ECONÓMICA)

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de expediente médico

Si el paciente es menor de edad, indique a su (s) padre(s)/tutor(es) como solicitante y cosolicitante.

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)

Relación con el paciente: Sí mismo Cónyuge/pareja Padre Otro

Estado civil: Soltero Casado Pareja Divorciado Separado Viudo

Si marcó «Casado», complete la Sección 3.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento	Número de dependientes (Aparte de uno mismo y del cosolicitante)		Edades de los dependientes		Teléfono de casa ()
Dirección		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Empleador actual	Dirección		Ciudad	Estado	Cargo

* Si actualmente no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?

3. INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE

Relación con el paciente: Cónyuge Padre

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento	Número de dependientes (aparte de uno mismo y del cosolicitante)		Edades de los dependientes		Teléfono de casa ()
Dirección		Ciudad	Estado	Condado	Código postal

Empleador actual	Dirección	Ciudad	Estado	Cargo
-------------------------	------------------	---------------	---------------	--------------

* Si actualmente no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?

4. OTRA COBERTURA (TODAS LAS RESPUESTAS PERTENECEN AL PACIENTE)

Marque la respuesta que corresponda

1. ¿El paciente tiene seguro médico? De ser así, complete la siguiente información: Nombre del seguro médico: _____ Número de teléfono del seguro médico: _____ Nombre de los suscriptores: _____ Número de identificación de los miembros/pacientes: _____ Fecha de vigencia: _____ Nombre del grupo/empleador: _____ Número de grupo: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿El paciente califica para un programa estatal de asistencia médica? De ser así, complete la siguiente información: Nombre del programa: _____ Condado: _____ Número de identificación del paciente: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿El paciente recibe atención por lesiones cubiertas por el seguro de indemnización laboral? De ser así, complete la siguiente información: Nombre de la compañía de compensación laboral: _____ Nombre del agente: _____ Número de teléfono del agente: _____ Fecha de la lesión: _____ Número del caso/solicitud: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿El paciente está siendo tratado por lesiones cubiertas por la responsabilidad civil, como una compañía de seguros de automóviles? De ser así, complete la siguiente información: Nombre de la compañía de seguros de auto o del abogado: _____ Teléfono de la compañía de seguros de auto o del abogado: _____ Fecha de la lesión: _____ Número del caso/solicitud: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿El paciente ha sido víctima de un delito? De ser así, complete la siguiente información: Nombre del trabajador social: _____ Número de teléfono del trabajador social: _____ Número de la solicitud/caso: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. INFORMACIÓN DE INGRESOS

Fuentes de ingresos mensuales	Solicitante	Cosolicitante	Ingreso mensual en conjunto (Solicitante + cosolicitante)
Ingreso laboral	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$
Incapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Manutención conyugal	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler de propiedades	\$	\$	\$
Ingresos por concepto de inversiones	\$	\$	\$
Otro[s] use estos espacios	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Total de ingresos mensuales en conjunto			\$

7. FIRMA

Certifico que toda la información es válida y completa; y por la presente autorizo a Stanford Medicine Health Care a solicitar y/o verificar cualquier sección de la información anterior según se considere necesario.

Solicitante**Fecha****Cosolicitante****Fecha****Envíe la solicitud completa a:**

Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Services
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715
Fax: (650) 493-8623
Correo electrónico: FAA@stanfordhealthcare.org