

## 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. Stanford Medicine ofrece ayuda económica a los pacientes que no cuentan con seguro médico y cuyos ingresos del hogar son del 400 % o menos del Nivel Federal de Pobreza, y a los pacientes que cuentan con seguro médico cuyos ingresos del hogar son del 400 % o menos del Nivel Federal de Pobreza y cuyos gastos médicos son altos, como se define a continuación. La ayuda económica solo se ofrece para los servicios proporcionados por Stanford Medicine.

Stanford Medicine cuenta con diversos programas de ayuda económica disponibles para pacientes. Nuestras opciones de ayuda económica incluyen:

### **No es necesario presentar una solicitud de ayuda económica**

- **Descuentos para personas sin seguro médico:** Todos los pacientes sin seguro médico recibirán un descuento en los gastos de Stanford Medicine automáticamente. Es posible que algunos servicios no califiquen para los descuentos para personas sin seguro médico. Para obtener más información, comuníquese con el departamento de Servicio de Atención al Cliente sobre Facturación.

### **Es necesario presentar una solicitud de ayuda económica**

- **Ayuda económica completa:** Los pacientes sin seguro médico cuyos ingresos del hogar son del 400 % o menos del Nivel Federal de Pobreza y cuyos gastos médicos son altos (como se definen a continuación) califican para un descuento del 100 % de la porción que debe el paciente. Es posible que algunos servicios no califiquen para ayuda económica. Para obtener más información, comuníquese con el departamento de Servicio de Atención al Cliente sobre Facturación. El término «costos médicos altos» significa (i) gastos anuales de bolsillo incurridos por el individuo en Stanford Medicine que superen el 10 por ciento del ingreso familiar actual del paciente o bien el ingreso familiar en los últimos 12 meses; o (ii) gastos anuales de bolsillo que exceden el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o su familia en los últimos 12 meses.

### **Planes de pago diferidos sin intereses**

- Los pacientes pueden solicitar un plan de pago diferido para los saldos a su cargo. Todos los planes de pago son sin intereses. Los pacientes tienen el derecho de negociar las condiciones de su plan de pago.

Para que se procese su solicitud de ayuda económica, debe:

- proporcionar información sobre su familia; escribir el número de miembros de la familia, los cuales podrían incluir:  
Cuando el paciente es mayor de 18 años, la familia incluye a las siguientes personas:
  - Paciente
  - Cónyuge
  - Pareja
  - Hijos dependientes menores de 21 años
  - Hijos dependientes de cualquier edad si tienen discapacidad

Cuando el paciente es menor de 18 años, o si tiene entre 18 y 20 años y es dependiente, la familia incluye las siguientes personas:

- Paciente
- Padre(s) del paciente
- Pariente(s) cuidador(es) del paciente
- Otros hijos dependientes menores de 21 años del padre/de los padres o pariente(s) cuidador(es)
- Otro(s) hijo(s) de cualquier edad si tienen discapacidad del padre/de los padres o pariente(s) cuidador(es)

- proporcionar información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones).
- adjuntar información adicional si es necesario.
- firmar y fechar el formulario.

Ahora puede utilizar MyHealth para enviar sus documentos, si se trata de solicitudes de ayuda económica, así como documentos de respaldo en inglés. Para todos los demás envíos de solicitudes, continúe haciéndolo por correo, correo electrónico, fax, o en persona a las siguientes direcciones. 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). Stanford Medicine no usará la información obtenida por medio de esta solicitud económica para efectos de cobro de deudas.

**Stanford Medicine Health Care o  
Stanford Medicine Partners**  
500 Pasteur Drive, Palo Alto, CA 94304

**Stanford Medicine Tri-Valley**  
5555 W Las Positas Blvd, Pleasanton, CA 94588

**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.  
[stanfordhealthcare.org/financial-assistance](http://stanfordhealthcare.org/financial-assistance)

**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.  
[stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html](http://stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html)

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 ayuda 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 una copia de **talones de pago o declaraciones de impuestos de los Estados Unidos sobre los ingresos recientes** para todos los miembros de la familia, como se enumera anteriormente. Las «declaraciones de impuestos recientes» son declaraciones de impuestos que comprueban los ingresos del paciente durante el año en el cual se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de la primera vez que se le facturó. Los «talones de pago recientes» son talones de pago dentro de un plazo de 6 meses antes o después de la primera vez que el hospital facturó al paciente, o, en el caso de servicios previos a la atención médica, cuando se presenta la solicitud.

Envíe sus documentos a la dirección que se especifica a continuación:

Tipo de ingreso	Documentación admisible
<b>Ingreso laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• Copia de los dos talones de pago consecutivos más recientes (para el solicitante y el cosolicitante, si corresponde)</li> </ul>
<b>Trabajador autónomo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>

Tipo de ingreso	Documentación admisible
<b>Seguro Social/ Jubilación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la Carta de Adjudicación de la Administración del Seguro Social que indique el pago mensual</li> </ul> <p><b>Y</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la notificación de pago mensual o de la carta de adjudicación de la pensión.</li> </ul>
<b>Incapacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la Carta de Adjudicación de discapacidad que indique el pago mensual de discapacidad</li> </ul>
<b>Desempleo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la Carta de Adjudicación del desempleo que indique el monto de los beneficios diarios, semanales o mensuales</li> </ul>
<b>Manutención conyugal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la carta oficial de la corte que indique el monto mensual de la adjudicación</li> </ul>
<b>Ingresos devengados por el alquiler de propiedades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del formulario del Anexo 1</li> </ul>
<b>Ingresos por concepto de inversiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
<b>Comprobante de dependientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
<b>Comprobante de inscripción (estudiante)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la carta de inscripción/matriculación universitaria o boletín de calificaciones actual del trimestre/semestre universitario.</li> </ul> <p><b>Y</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta/correo electrónico del solicitante que explique cómo se respaldan los gastos mensuales (si no declaran ingresos)</li> </ul>
<b>Carta de respaldo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta/correo electrónico del solicitante que explique cómo se respaldan los gastos mensuales (si no declaran ingresos)</li> </ul>

**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 pagos realizados 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.

**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](mailto:FAA@stanfordhealthcare.org)

(Esta página se dejó intencionalmente en blanco)

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

Por favor, rellene toda la información solicitada. 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 más información 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
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de expediente médico
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 CORRESPONDEN AL PACIENTE)**

Marque la  
respuesta  
que  
corresponda

<p>1. ¿El paciente tiene seguro médico? De ser así, complete la siguiente información:          Nombre del seguro médico: _____ Número de teléfono del seguro médico: _____          Nombre del suscriptor: _____ Número de identificación del miembro/paciente: _____          Fecha de vigencia: _____ Nombre del grupo/empleador: _____ Número de grupo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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 ajustador: _____ Número de teléfono del ajustador: _____          Fecha de la lesión: _____ Número del caso/solicitud: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

**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	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
<b>Total de ingresos mensuales en conjunto</b>			

**6. PACIENTE CON SEGURO MÉDICO QUE TIENE GASTOS MÉDICOS ALTOS**

- Certifico que soy un paciente que cuenta con seguro médico cuyos gastos médicos son altos, lo que significa que (i) mis gastos anuales de bolsillo en Stanford Medicine superan el 10 por ciento de mis ingresos familiares actuales o los de los últimos 12 meses, lo que sea menor; o (ii) los gastos anuales de bolsillo pagados por mí o mi familia en los últimos 12 meses superan el 10 por ciento de mis ingresos familiares. También reconozco que Stanford Medicine Health Care tiene el derecho de solicitar documentación para comprobar mis gastos médicos.
- No aplica (no cuento con seguro médico)

**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 comprobar cualquier sección de la información anterior según se considere necesario.

Solicitante	Fecha	Cosolicitante	Fecha