

Estimado paciente:

El sistema John Muir Health se complace en ofrecer un programa para nuestros pacientes que necesitan ayuda para pagar sus facturas médicas. El programa está financiado en su totalidad por John Muir Health como parte de nuestro compromiso principal hacia la comunidad a la que prestamos nuestros servicios.

La solicitud que se adjunta es para el Programa de Asistencia Financiera Para los Pacientes de John Muir Health. Cualquier paciente que carece de un seguro médico y ha recibido servicios médicos (excluyendo servicios de laboratorio) en una de las instituciones de John Muir Health, puede solicitar ayuda del Programa de Asistencia Financiera Para los Pacientes de John Muir Health. Para calificar para este programa, el paciente tendrá que cumplir con los requisitos de ingresos basados en la publicación más reciente de la Directriz Federal de Pobreza. Tenga en cuenta que la aceptación al Programa de Asistencia Financiera Para los Pacientes de John Muir Health no cubrirá los servicios de proveedores que no son empleados directamente por el centro médico. La aceptación al programa también puede requerir que el paciente solicite las diferentes opciones de cobertura médica, entre otras el programa de Medi-Cal, State Disability (seguro estatal port discapacidad), Basic Health Care (seguro para atención médica básica), Victim of Violent Crime (seguro para víctimas de delitos de sangre) u otros programas patrocinados por el gobierno. Los pacientes que tienen seguro y cuya cobertura no paga por servicios recibidos o que han agotado todos sus beneficios del seguro, son también considerados elegibles para solicitar asistencia para el pago de sus facturas. Programa de Asistencia Financiera Para los Pacientes de John Muir Health incluye las cuentas que están específicamente indicadas en la solicitud. No cubre automáticamente los servicios que se recibirán en el futuro.

La solicitud y los documentos indicados en la solicitud deberán ser completados y presentados para que la solicitud sea considerada completa. Si la solicitud y los documentos requeridos no son devueltos dentro de treinta (30) días a partir de la fecha en la que el paciente pidió una solicitud, se asumirá, que el paciente ya no está interesado en solicitar asistencia por medio del Programa de Asistencia Financiera Para los Pacientes de John Muir Health, y la solicitud se cancelará.

Si tiene alguna pregunta con respecto a lo solicitud, o sobre el Programa de Asistencia Financiera Para los Pacientes de John Muir Health, por favor llame al Departamento de Servicios para el Cliente al (925) 947-3336.

Gracias.

**1. DATOS DEL PACIENTE**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-----------------	---------------	-----------------------------

<b>2. DATOS DEL SOLICITADOR</b>	Estado marital <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	<b>PARENTESCO CON EL PACIENTE</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
---------------------------------	---	---

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Seguro Social</b>	
<b>Dirección (No casilla de correo)</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Condado</b>	<b>Código postal</b>
<b>¿Cuánto tiempo en esta dirección?</b>	<b>¿Está empleado actualmente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>¿Cuánto tiempo?</b>	
<b>Teléfono de casa</b>	<b>Teléfono celular</b>		<b>Otro contacto</b>	

**3. DATOS GENERALES**

 ¿Tiene el paciente un representante legal?  Sí  No (Si es sí, proporcione la información del representante a continuación)

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>PARENTESCO CON EL PACIENTE</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro _____		
<b>Dirección</b>	<b>Apartamento/Estado</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>

**4. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Incluyéndose a sí mismo, ¿cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

¿Cuántos miembros del hogar tienen más de 18 años de edad? \_\_\_\_\_

 ¿Vive usted en la residencia de sus padres o de otro adulto?  Sí  No

 Si es "sí" ¿paga renta?  Sí  No ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_

 ¿Recibe todo o algo de apoyo de algún miembro adulto de la residencia?  Sí  No

¿Está recibiendo otro tipo de asistencia para otros gastos?

- Vivienda  
 Escuela  
 Cuentas médicas  
 Otros

Cantidad estimada: \$ \_\_\_\_\_ /mes o \$ \_\_\_\_\_ /año

 ¿Está asistiendo actualmente a la escuela?  Sí  No

 ¿Está usted como dependiente de sus padres o apoderado en sus declaraciones de impuestos?  Sí  No

 ¿Ha presentado su declaración de impuestos el año pasado?  Sí  No (Si es no, ver apéndice I)

 ¿Fue su ingreso ajustado menos de \$5,000?  Sí  No (Si es sí, ver apéndice I)

**5. EMPLOYMENT AND HEALTH INSURANCE INFORMATION**

¿Está usted actualmente empleado o estaba empleado al momento de recibir servicios médicos?  Sí  No  
(Si es sí, favor de marcar una de las siguientes casillas):

- Estoy empleado por mí mismo
- Mi empleador cuenta con menos de 25 empleados
- Mi empleador cuenta con más de 25 a 50 empleados
- Mi empleador cuenta con más de 50 empleados

¿Ofrece su empleador un seguro de salud para sus empleados?

Sí  No

Si es sí, ¿porqué no está usted asegurado con su empleador? (Explique a continuación)

¿Está empleado su cónyuge/pareja de hecho actualmente, o estaba empleado cuando usted recibió sus servicios médicos?

Sí  No (Si es sí, favor de marcar una de las siguientes casilla)

- Trabaja por su propia cuenta
- Su empleador cuenta con menos de 25 empleados
- Su empleador cuenta con más de 25 a 50 empleados
- Su empleador cuenta con más de 50 empleados

¿Ofrece su empleador un seguro de salud para sus empleados?

Sí  No

Si es sí, ¿porqué no está usted asegurado con su empleador? (Explique a continuación)

**6. OTROS PROGRAMAS**

¿Alguna vez a solicitado uno de los siguiente programas indicados a continuación?  Sí  No  
(Si es sí, especifique el programa a continuación)

- Medi-Cal
- Healthy Families
- Medicare
- Basic Adult Care
- Víctimas de delitos violentos
- Programa Estatal de Discapacidad

**7. INGRESOS DE BIENES**

¿Es dueño de alguna propiedad?  Sí  No

¿Tiene o posee alguno de los siguientes? (Marque la casilla que le corresponda a usted)

- Casa
- Vivienda para alquilar
- Cuenta de cheques
- Cuenta de ahorros
- Tarjetas de crédito
- Cuenta de inversiones
- Acciones o bonos
- Caja fuerte

**8. DOCUMENTACIÓN DE APOYO (PARA TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN SU HOGAR)**

Esta solicitud se podrá rechazar si no se proporciona todos los documentos. Una prueba aceptable de ingresos incluye los siguientes:

**Del solicitador o garante (si el paciente es menor de edad):**

- Una copia de la declaración de impuestos **firmada**. (Forma CI 040) del año anterior, de cada miembro de la familia que presentó su declaración de impuestos.
- Talonarios de pagos actuales (últimos dos períodos de pago).
- Copia de su Seguro Social, Discapacidad, Pensión y/o carta de asignación de desempleo (en su caso).
- Copia de la orden judicial de manutención infantil o comprobante de depósito (e su caso).

**9. OBSERVACIONES**

Escriba cualquier información adicional que desee declarar que no se refleja en esta solicitud.

**10. FIRMA Y FECHA (SE REQUIERE DEL SOLICITANTE)**

Certifico que toda la información es verdadera y está completa, y doy mi autorización a John Muir Health para que solicite un informe de mi crédito y/o verifique cualquier información que se considere necesaria. Entiendo que se pueden rechazar las solicitudes incompletas. Estoy de acuerdo con notificar a John Muir Health sobre cualquier cambio en mi situación financiera que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera.

**Firma del solicitador/fecha**

\_\_\_\_\_

**ANEXO 1: EXPLICACIÓN SOBRE LOS INGRESOS**

Vive usted en:

- Soy dueño en la casa       Alquilo un apartamento o una casa  
 Alquilo una habitación       Vivo con parientes  
 Otro (especifique por favor): \_\_\_\_\_

 Si vive en la residencia de un pariente(s), ¿paga alquiler a ese miembro adulto?     Sí     No

Si es sí, ¿cuánto es el alquiler? \_\_\_\_\_

¿Cómo paga la hipoteca o el alquiler?

Explique por favor:

 ¿Intercambio por trabajo?     Sí     No  
 (ej., cambia trabajo por gastos de alquiler/  
 vivienda)

Explique por favor:

 ¿Recibe ayuda de otros miembros adultos en el hogar?     Sí     No

 ¿Está asistiendo a la escuela actualmente?     Sí     No

 ¿Está usted como dependiente de sus padres en sus declaraciones de impuestos?     Sí     No

 ¿Recibe ayuda del gobierno?     Sí     No      (Si es sí, favor de marcar una de las casillas correspondientes)

- Estampillas para comida       Ayuda para vivienda       Pago por accidentes de trabajo  
 Discapacidad       Programa de bienestar/WIC  
 Otro (especifique por favor): \_\_\_\_\_

¿Cómo paga por sus gastos diarios (es decir, comida, ropa, servicios públicos, etc...)?



**POR FAVOR, DEVUELVA ESTA SOLICITUD Y TODA OTRA INFORMACIÓN A:**

**JOHN MUIR HEALTH  
5003 COMMERCIAL CIRCLE  
CONCORD, CA 94520  
ATTN: PATIENT FINANCIAL SERVICES**

La solicitud que usted a completado junto con la documentación solicitada deberá ser devuelta el

\_\_\_\_\_ (fecha de vencimiento)

**No se olvide de llenar toda la solicitud y enviar todos los documentos requeridos.**

**Las formas incompletas no podrán satisfacer los requisitos de elegibilidad del programa.**

**Si no se recibe su solicitud y los documentos requeridos hasta la fecha indicada arriba, se asumirá que ha decidido no seguir adelante con su solicitud, y ésta será cancelada.**

**Por favor, comuníquese con los servicios para el cliente llamando al 925-947-3336 si:**

- Tiene alguna pregunta sobre la solicitud
- Necesita ayuda en completar su solicitud
- Necesita más tiempo para completar su solicitud