



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD Y PROGRAMA DE DESCUENTO EN LOS PAGOS SOLICITUD

LOS SOLICITANTES DEBEN REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS PARA QUE SE LES CONSIDERE PARA LA ELEGIBILIDAD A LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE CARIDAD O DESCUENTO EN LOS PAGOS:

- Es posible que los pacientes que solamente califiquen para el Programa de Descuento en los Pagos reciban una asistencia financiera menor que aquella que tendrían disponible en el Programa de Atención de Caridad.
- Los pacientes únicamente deben presentar la solicitud por los servicios recibidos en el Hospital General Zuckerberg de San Francisco, las Clínicas de Atención Primaria de la Comunidad, el Hospital Laguna Honda, la División de Salud de la Población o los Servicios de Salud del Comportamiento.
- Es necesario divulgar y cooperar con la facturación de todos los seguros comerciales o gubernamentales activos.
- Es necesario cooperar con la evaluación de elegibilidad para Medi-Cal.
- No debe tener o esperar responsabilidad de terceros.
- Únicamente debe presentar la solicitud por los servicios que aún no hayan sido descontados por medio de un paquete del hospital.
- Es necesario presentar los comprobantes de pago de los últimos tres meses o la declaración de impuestos más reciente.
- En lo que respecta a la elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad, el ingreso bruto del hogar familiar debe ser igual o menor que el 138 % del nivel de pobreza federal; en el caso de la elegibilidad para el Programa de Descuento en los pagos, el ingreso bruto del hogar familiar debe ser igual o mayor que el 139 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL).
- Los pacientes o suscriptores que reciban pagos de seguro por los servicios prestados deben entregar los pagos a la Red de Salud de San Francisco para ser elegibles para recibir asistencia financiera.

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD:

Envíe por correo una solicitud completada y los comprobantes de ingreso correspondientes. Las solicitudes se deben hacer en un plazo de un año a partir de la fecha de servicio. Las solicitudes que no se completen en un plazo de 30 días calendario se cerrarán por inactividad.

Para presentar una solicitud por servicios de clínica y de hospital, envíe por correo su solicitud y los comprobantes a la siguiente dirección:

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave.
Building 20, Ward 24, Room 2406 San Francisco, CA 94110

Llame al Departamento de Asistencia Financiera al Paciente al (628) 206-3275 para recibir ayuda con la solicitud.

Los centros de servicios hospitalarios y clínicos incluyen: el Hospital General y Centro de Traumatología Zuckerberg de San Francisco (Zuckerberg San Francisco General, ZSFG), las Clínicas de Especialidad Ambulatorias, las Clínicas de Atención Primaria para la Comunidad, Hospital y Centro de Rehabilitación Laguna Honda, la División de Salud de la Población.

Para solicitar servicios de salud del comportamiento, envíe por correo una solicitud y los documentos de verificación a la siguiente dirección:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de los Servicios de Salud del Comportamiento (Behavioral Health Services, BHS) al (888) 246-3333 para obtener ayuda con la solicitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____ Número de cuenta: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (si es una persona distinta al paciente)

Apellido: _____ Nombre: _____

DOMICILIO PERMANENTE

Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
País: _____ Teléfono: _____
Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

DIRECCIÓN TEMPORAL (si corresponde)

Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
País: _____ Teléfono: _____
Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

ELEGIBILIDAD Y REVISIÓN

¿Cuál es su estado civil? Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Separado(a)
 Divorciado(a) Pareja doméstica

¿Cuenta con seguro médico? Sí No
**Si la respuesta es "Sí", indique todos:
Proporcione su(s) tarjetas(s) de seguro.**

¿Tiene o espera tener alguna reclamación en contra de un tercero? Sí No
Si la respuesta es "Sí", indique todos:
¿Un tercero es responsable por alguna lesión, gasto médico o pérdida por la que podría haber una indemnización?

¿Tiene una discapacidad que se espera que dure 12 meses? Sí No

¿Tiene una solicitud pendiente con Medi-Cal? Sí No

¿Se encontraba en periodo de embarazo en la fecha del servicio? Sí No N/A

Tamaño de la familia (usted, cónyuge e hijos menores de 21 años) N.º _____

Total del ingreso familiar bruto mensual en el momento de la solicitud: \$ _____
Presente los comprobantes de pago de los últimos tres meses o la declaración de impuestos más reciente.

Declaro que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. No tengo seguro o tengo seguro insuficiente y no tengo responsabilidad a terceros. Entiendo que se verificará la información que proporcioné. Entiendo que la información se usará para evaluar la elegibilidad para varios programas federales, estatales y del condado. Entiendo que, si mi información es falsa, seré responsable del monto total de cualquier cuota de los servicios médicos recibidos del Hospital General Zuckerberg de San Francisco y las Clínicas de Especialidad Ambulatorias, las Clínicas de Atención Primaria de la Comunidad, el Hospital Laguna Honda, la Clínica de Salud de la Población o los Servicios de Salud del Comportamiento.

NOMBRE DEL SOLICITANTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL SOLICITANTE:

FECHA:

Relación con el paciente: