Instrucciones para la solicitud de asistencia económica

Como parte de su misión, Cottage Health se complace en dar un programa de asistencia económica a los pacientes que no pueden pagar la atención médica de emergencia o la atención médicamente necesaria.

Los pacientes son elegibles para recibir asistencia económica si sus ingresos familiares no superan el 500 % del nivel federal de pobreza. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean superiores al 500 % del nivel federal de pobreza pueden ser elegibles para recibir un descuento.

Cuando se recibe una solicitud de asistencia económica completa, el paciente/garante recibirá la confirmación por teléfono o por correo electrónico, y todas las cuentas mencionadas se pondrán temporalmente en espera del ciclo de facturación, pendientes de una decisión final. Se revisará la solicitud y se enviará por correo una carta sobre la determinación final en un plazo de de 14 días hábiles. Si se necesita más documentación, se avisará al paciente/garante.

CONFIDENCIALIDAD:
Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de las solicitudes, de la información y del financiamiento. La información que se pide abajo es únicamente para dar ayuda económica. **No** compartimos información con terceros ni con agencias de gobierno locales o federales.

INSTRUCCIONES:
Para pedir asistencia económica, complete la solicitud y adjunte las copias de los siguientes documentos del paciente, del garante (si no es el paciente) y de todos los familiares del paciente:

- Licencia de conducir o documento de identidad con foto
- Declaraciones de impuestos y anexos de respaldo del año anterior
- Beneficios del Seguro Social, si corresponde
- Facturas de pago de todos los empleos (últimos tres meses)
- Estados de cuenta de todas las cuentas bancarias (últimos 3 meses)
- Formulario W-2 más reciente o declaraciones de desempleo

LA FAMILIA SE DEFINE COMO:
Para pacientes mayores de 18 años: el paciente, el cónyuge o la pareja doméstica (según se define en la sección 297 del Código de Familia) y los hijos dependientes menores de 21 años.

Para pacientes menores de 18 años: el paciente, padres, familiares cuidadores y otros hijos de los padres o del familiar cuidador (menores de 21 años).

NOTA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ECONÓMICA Y PAGO POR CUENTA PROPIA:

La ley de California exige que Cottage Health dé la siguiente información a todos los pacientes que reciben servicios en uno de los centros de Cottage Health:

1. Usted debe informarnos si tiene algún tipo de cobertura de seguro médico. Esto incluye la cobertura de una aseguradora médica, el plan de servicio de atención médica, Medicare, Medi-Cal/Medicaid, Servicios para los niños de California (California Children's Services, CCS), programas del condado, el plan Covered California, el programa Healthy Families, u otro programa de cobertura de seguro médico financiado por el estado.
2. Si no tiene seguro o tiene un seguro inadecuado, o si cumple ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados, podría calificar para recibir un descuento u otra asistencia económica. Como las leyes estatales y federales exigen que todos los hospitales hagan lo posible por cobrar los servicios prestados, usaremos nuestro proceso de facturación estándar, a menos que usted nos informe sobre sus circunstancias especiales. Si usted no reporta su necesidad de asistencia económica, las facturas no pagadas pueden trasladarse a una agencia de cobro. Queremos trabajar con usted, pero necesitamos que responda con información sobre sus circunstancias para poder ayudarlo. El Programa de asistencia económica de Cottage Health da asistencia basada en los ingresos o las circunstancias especiales. Comuníquese con nuestro equipo de asistencia económica llamando al 805-879-8963 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Pacífico, o con consulta sin cita en 7410 Hollister Avenue, Goleta. También puede enviar un correo electrónico a CottageBilling@sbch.org si tiene alguna pregunta o si necesita información.
3. Las leyes estatales y federales exigen que los cobradores de deudas lo traten de manera justa, y les prohíben hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje obsceno o profano y hacer comunicaciones indebidas con terceros, incluyendo a su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a. m. o después de las 9:00 p. m. En general, los cobradores de deudas no pueden dar información sobre su deuda a otra persona que no sea su abogado o su cónyuge. Un cobrador de deudas puede comunicarse con otra persona para confirmar dónde encontrarlo o para hacer cumplir una resolución judicial. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio o por teléfono llamando al 1-877-FTC-HELP (877-382-4357) o en línea en ftc.gov.

Cottage Health

Solicitud de **asistencia económica** [CONFIDENCIAL]

INFORMACIÓN DEL GARANTE *(persona responsable del pago):*		
Nombre del garante *(primer nombre, segundo nombre, apellido):*		Teléfono del garante:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento *(MM/DD/AAAA):*	Estado civil:
Dirección:		Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:		Correo electrónico:
Tamaño de la familia (según se define en las instrucciones):	Números de cuentas para las que pide asistencia económica:	
Empleador del garante:*	Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Empleado por cuenta propia ☐ Desempleado ☐ Estudiante	
Dirección del empleador:	Ciudad, estado, código postal:	
Nombre del supervisor:	Teléfono del supervisor:	

** Si tiene varios empleadores, adjunte una hoja más.*

EMPLEO PARA OTROS FAMILIARES:	
Nombre del familiar:*	Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Empleado por cuenta propia ☐ Desempleado ☐ Estudiante
Empleador del familiar:	Dirección del empleador:
Nombre del supervisor:	Teléfono del supervisor:

** Si tiene varios familiares o empleadores, adjunte una hoja más.*

DEPENDIENTES:*		
Nombre completo:	Relación con el garante:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Nombre completo:	Relación con el garante:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Nombre completo:	Relación con el garante:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Nombre completo:	Relación con el garante:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Nombre completo:	Relación con el garante:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

** Si son más de cuatro dependientes, adjunte una hoja más.*

OTRA ASISTENCIA DE COBERTURA MÉDICA:

Usted puede ser elegible para Medicare, Medi-Cal/Medicaid, CCS, programa Healthy Families, un seguro a través de Covered California u otra cobertura médica financiada por el estado o condado. Tenemos consejeros de inscripción disponibles para ayudarlo con las solicitudes de cobertura. Para obtener más información llame al 805-879-8963.

Si quiere dar más información para determinar la elegibilidad, adjúntela a esta solicitud.

CERTIFICACIÓN:

Certifico que toda la información dada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por Cottage Health, y autorizo a Cottage Health a que comparta la información según sea necesario para la verificación y para que considere mi solicitud de asistencia económica. Sé que la ley federal establece multas por dar declaraciones falsas o usar documentos falsos para completar esta solicitud.

Firma del garante:	Fecha:

INFORMACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN:

PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD LA PUEDE CARGAR EN SU CUENTA MYCHART EN LÍNEA O POR CORREO A:

Cottage Health | Financial Assistance Program | PO Box 689 | Santa Barbara, CA 93102

TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN PERSONA EN CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES LUGARES:

Oficina Administrativa de Cottage Health | 7410 Hollister Ave. | Goleta, CA 93117 | Horarios de atención: 8:00 a. m. a 4:00 p. m., lunes a viernes

Santa Barbara Cottage Hospital | 400 W. Pueblo St. | Santa Barbara, CA 93105

Goleta Valley Cottage Hospital | 351 S. Patterson Ave. | Goleta, CA 93111

Santa Ynez Valley Cottage Hospital | 2050 Viborg Rd. | Solvang, CA 93463

Para obtener más información, comuníquese con el equipo de asistencia económica de Cottage Health llamando al 805-879-8963.

Cottage Health