

# Instrucciones para la solicitud de **asistencia económica**

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

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

Una vez se recibe la solicitud de asistencia económica completada, el paciente/garante recibirá una confirmación por teléfono o correo electrónico y todas las cuentas listadas quedarán temporalmente suspendidas del ciclo de facturación, pendientes de una decisión final. Revisaremos la solicitud y enviaremos una carta de resolución final en un plazo de 14 días hábiles.

Si se necesita más documentación, le avisaremos al paciente/garante. **Cottage Health proporcionará la cantidad máxima de beneficio posible a cada paciente, ya sea que se le asigne la 'ayuda benéfica' o el 'pago con descuento'. Los que califiquen para pagos con descuento podrían recibir menos de lo que está disponible en el programa de ayuda benéfica.**

## **CONFIDENCIALIDAD:**

Nuestro compromiso es mantener la confidencialidad de las solicitudes, la información y el financiamiento. La información que se solicita abajo se usará exclusivamente para dar asistencia económica. **No** compartimos información con terceros ni con agencias gubernamentales federales o locales.

## **INSTRUCCIONES:**

Para solicitar asistencia económica, complete la solicitud y adjunte copias de la siguiente documentación del paciente, del garante (si no es el paciente) y de todos los familiares del paciente:

- Licencia de conducir o identificación con fotografía
- Declaraciones de impuestos y anexos del año anterior
- Recibos de pago de todos los empleos (últimos tres meses)
- Para determinar la elegibilidad para el pago del descuento, las declaraciones de impuestos recientes son las que documentan los ingresos del paciente que corresponden al año en que se le facturó por primera vez o 12 meses antes de dicha fecha y los recibos de pago recientes son los extendidos en un período de 6 meses antes o después de que el hospital facture por primera vez al paciente o, en el caso de servicios previos, cuando se presenta la solicitud.

## **PROGRAMA DE ASISTENCIA ECONÓMICA Y NOTA DE PAGO POR CUENTA PROPIA:**

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

1. Debe informarnos si tiene algún tipo de cobertura de seguro médico. Esto incluye cobertura de una aseguradora médica, un plan de servicios de atención médica, Medicare, Medi-Cal/Medicaid, Servicios para 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 médico o su seguro es insuficiente o si cumple ciertos requisitos de ingresos bajos o moderados, podría calificar para un descuento u otra asistencia económica. Debido a que las leyes federales y estatales exigen que todos los hospitales hagan esfuerzos razonables para cobrar los servicios, usaremos nuestro proceso de facturación estándar, a menos que nos informe sobre sus circunstancias especiales. Las facturas no pagadas podrían enviarse a una agencia de cobros si no nos comunica su necesidad de asistencia económica. Queremos colaborar con usted, pero necesitamos que nos responda con información sobre su situación para poder ayudarlo. El Programa de Asistencia Económica (Financial Assistance Program) de Cottage Health proporciona asistencia basada en los ingresos o circunstancias especiales. Comuníquese con nuestro equipo de Asistencia Económica al 805-879-8963, en el horario de 8:00 a. m.-4:00 p. m. (hora del Pacífico), lunes-viernes o visítenos para atención sin cita en 7410 Hollister Avenue, Goleta. También puede enviar un correo electrónico a CottageBilling@sbch.org si tiene preguntas o 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 vulgar y comunicarse indebidamente con terceros, incluyendo su empleador. Excepto en circunstancias excepcionales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a. m. ni después de las 9:00 p. m. En general, un cobrador de deudas no puede dar información sobre su deuda a ninguna otra persona, excepto a su abogado o cónyuge. Un cobrador de deudas puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para ejecutar una sentencia. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission) por teléfono al 1-877-FTC-HELP (877-382-4357) o en línea en [ftc.gov](http://ftc.gov).

## **LA FAMILIA SE DEFINE COMO:**

**Para pacientes mayores de 18 años** - el paciente, el cónyuge, 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, los padres, familiares cuidadores y otros hijos (menores de 21 años) del padre/madre o del familiar cuidador.



# Solicitud de asistencia económica [CONFIDENCIAL]

## INFORMACIÓN DEL GARANTE *(persona responsable del pago):*

Nombre del garante <i>(primer nombre, segundo nombre, apellido):</i>		Teléfono del garante:	
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA):</i>	Estado civil:	
Dirección:		Ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Tamaño de la familia <i>(según se define en las instrucciones):</i>	Números de cuenta para los que solicita asistencia económica:		
Empleador del garante:*	Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante		
Dirección del empleador:	Ciudad, estado, código postal:		
Nombre del supervisor:	Teléfono del supervisor:		

\* Si tiene varios empleadores, adjunte otra hoja.

## EMPLEO PARA OTROS FAMILIARES:

Nombre del familiar:*	Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante		
Empleador del familiar:	Dirección del empleador:		
Nombre del supervisor:	Teléfono del supervisor:		

\* Si tiene varios familiares o empleadores, adjunte otra hoja.

## 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 hay más de cuatro dependientes, adjunte otra hoja.

**OTRA ASISTENCIA PARA LA COBERTURA MÉDICA:**

Puede ser elegible para Medicare, Medi-Cal/Medicaid, CCS, el Programa Healthy Families, seguro por medio de Covered California o cualquier otra cobertura médica financiada por el estado o el condado. Tenemos asesores de inscripción disponibles para ayudarlo con sus solicitudes de cobertura. Para obtener más información llame al 805-879-8963.

Si quiere proporcionar más información para determinar su elegibilidad, adjúntela a esta solicitud.

**CERTIFICACIÓN:**

Certifico que toda la información listada es verdadera y correcta, hasta donde yo sé. Entiendo que esta información se usará para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por Cottage Health y autorizo a Cottage Health a compartirla según sea necesario para verificación y para considerar mi solicitud de asistencia económica. Sé que la ley federal establece multas por cualquier declaración falsa o por usar documentos falsos cuando se completa esta solicitud.

Firma del garante:

Fecha:

**INFORMACIÓN DE ENVÍO:**

**ENVÍE ESTA SOLICITUD CARGÁNDOLA A SU CUENTA MYCHART EN LÍNEA O ENVIÁNDOLA 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 CENTROS:**

Cottage Health Business Office | 7410 Hollister Ave. | Goleta, CA 93117 | Horario: 8:00 a. m.–4:00 p. m., lunes-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.

