



Afiliados de Imágenes Magnéticas LLC
2125 Oak Grove Rd, Suite 200
Walnut Creek CA 94598
925-296-7156 Principal
925-296-7174 Fax

A quien corresponda:

Por favor, adjunto una solicitud de asistencia financiera, estamos asociados con Sutter Health. Por favor, complete en su totalidad y devuélvalo con su comprobante de ingresos para revisión y aprobación de un descuento por asistencia financiera de hasta el 75%.

Atentamente,

Departamento de Seguimiento de Facturación

Por favor, tenga en cuenta: Se requiere un comprobante de ingresos para ser revisado para la aprobación de un descuento por asistencia. La documentación aceptable se detalla a continuación: Por favor, proporcione al menos dos de los siguientes para la consideración de descuentos de asistencia financiera.

- Recientes talones de cheque
- Reciente declaración de impuestos
- Comprobantes de desempleo
- Carta de discapacidad mostrando ingresos
- Estado de cuenta de la Seguridad Social mostrando ingresos anuales

Una vez que toda la información esté adjunta a la solicitud, por favor envíe por correo a la dirección arriba o envíe por fax a la atención de: Facturación.

Gracias.

**Anexo B
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 CÓNYUGE _____
 DIRECCIÓN _____
 TELÉFONO _____
 N.º DE CUENTA _____ SNN _____

SITUACIÓN FAMILIAR: Enumere al cónyuge, pareja conviviente e hijos menores de 21 años. Si el paciente es menor de edad, enumere todos los padres, parientes encargados del cuidado y hermanos menores de 21 años.

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador: _____ Puesto: _____

Persona de contacto y teléfono: _____

Si es trabajador independiente, nombre del negocio: _____

Empleador del cónyuge: _____ Puesto: _____

Persona de contacto y teléfono: _____

Si es trabajador independiente, nombre del negocio: _____

INGRESOS MENSUALES ACTUALES

	Paciente	Otros miembros de la familia
<i>Agregar:</i> Salario bruto (antes de deducciones)	_____	_____
<i>Agregar:</i> Ingresos del funcionamiento del negocio (si es trabajador independiente)	_____	_____
<i>Agregar:</i> Otros ingresos: Intereses y dividendos	_____	_____
De bienes raíces o bienes personales	_____	_____
Seguro social	_____	_____
Otros (especifique):	_____	_____
Pensión alimenticia o pagos de manutención que recibe	_____	_____
<i>Restar:</i> Pensión alimenticia o pagos manutención efectuados	_____	_____
<i>Igual:</i> Ingresos mensuales actuales	_____	_____
Total ingresos mensuales actuales (agregar el ingreso del paciente + el del cónyuge)	_____	_____
Ingresos de las fuentes anteriores	_____	_____

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Total de miembros de la familia _____
 (Agregar paciente, padres (de pacientes menores de edad), cónyuge e hijos de los anteriores)

	Sí	No
¿Usted tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene otro seguro que pueda aplicar (tal como una póliza de automóvil)?

¿Sus lesiones fueron causadas por un tercero (tal como durante un accidente automovilístico o un resbalón y caída)?

Al firmar este formulario acepto permitir que Sutter Health verifique mi historial de empleo con el propósito de determinar si califico para recibir un descuento financiero; entiendo que pueden solicitarme que proporcione pruebas de la información que proporciono.

(Firma del paciente o garante)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)

Anexo C
HOJA DE CÁLCULO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ N. ° de cuenta del paciente: _____
Hospital: _____

Circunstancias/Consideraciones especiales:

	Sí	No
¿Tiene Seguro médico el Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Califica el paciente para recibir Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Califica el paciente para recibir Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Califica el paciente para otros programas gubernamentales (por ej.: Crime Victims (víctimas de delitos))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el paciente presenta una solicitud, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que presenta una solicitud de atención de caridad en el hospital o para un programa de pagos con descuento, ninguna de esas solicitudes impedirá que califique para el otro programa.

¿Tiene el Paciente otro seguro (p. ej.: MedPay o seguro de automóvil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue lesionado el Paciente por un tercero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede el Paciente pagar por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cálculo de la asistencia financiera:

Total de ingresos familiares mensuales actuales combinados (De la solicitud de asistencia financiera) \$ _____

Tamaño de la familia (de la solicitud de asistencia financiera) _____

Califica para recibir asistencia financiera Sí No

Anexo D

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN
SUTTER HEALTH
DETERMINACIÓN DE LA CALIFICACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA**

Sutter Health ha realizado una determinación respecto a la calificación del siguiente paciente para recibir asistencia financiera:

NOMBRE DEL PACIENTE NÚMERO DE CUENTA FECHA(S) DE SERVICIO

La solicitud de asistencia financiera la realizó el paciente u otra persona en nombre del paciente el _____.
Esta determinación se completó el _____.

Con base en la información proporcionada por el paciente o alguna persona en su nombre, se tomó la siguiente determinación:

Se aprobó su solicitud de asistencia financiera por los servicios prestados el _____.
Después de aplicar la reducción de asistencia financiera, el monto adeudado es \$_____.

Su solicitud de asistencia financiera está pendiente de aprobación. Sin embargo, se necesita la siguiente información antes de que se pueda aplicar cualquier ajuste a su cuenta:

Su solicitud de asistencia financiera fue denegada debido a:

MOTIVO: _____

El otorgamiento de la asistencia financiera dependerá de la información completa y exacta proporcionada al hospital. En caso de que el hospital descubra que usted sufrió lesiones provocadas por otra persona, que usted tiene ingresos adicionales, que usted tiene un seguro adicional o que proporcionó información incompleta o inexacta relacionada con su capacidad de pago por los servicios prestados, el hospital puede revocar su determinación de otorgar Asistencia financiera y responsabilizarle a usted o a terceros por los cargos hospitalarios.

Si se ha presentado una solicitud para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que presenta una solicitud de Asistencia financiera, ninguna de esas solicitudes impedirá que califique para el otro programa.

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con:

Servicios Financieros al Paciente
855-398-1633