



**BARLOW RESPIRATORY HOSPITAL – SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Utilizaremos esta solicitud de asistencia financiera para determinar si usted reúne los requisitos para acceder al programa de beneficencia (charity care) de atención médica o con descuento de nuestro hospital. Complete este formulario y entréguelo adjuntando las copias de toda la documentación solicitada. Si necesita ayuda para completar el formulario o si desea saber qué pacientes califican para acceder a nuestros programas de asistencia financiera, contáctese con nuestro Departamento de Servicios Financieros llamando al (213) 250-4200 Interno 3329 o a nuestro proveedor remoto de Servicios Financieros para Pacientes llamando al (844-288-2025). Esta solicitud de asistencia financiera debe ser presentada el/antes de [fecha]: \_\_\_\_\_.

Entregue esta Solicitud al Departamento de Servicios Financieros de nuestra sede en Barlow Main o envíela por correo a:

**BARLOW RESPIRATORY HOSPITAL  
ATTENTION: PATIENT FINANCIAL SERVICES  
2000 STADIUM WAY  
LOS ANGELES, CA 90026-2696**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo/celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_ Nº de SS del cónyuge: \_\_\_\_\_

<b>Situación Familiar – Complete con los datos de todas las personas a su cargo</b>			
Nombre	Edad	Relación	Ingreso Anual

**Cobertura Actual**

¿Tiene algún tipo de cobertura médica, como Medicare, Medi-Cal o un seguro médico privado?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Asegurador: \_\_\_\_\_

¿Su lesión cuenta con la cobertura de un seguro por compensación al trabajador, seguro del automotor u otro tipo de seguro?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Presente todo documento que respalde las respuestas proporcionadas previamente.

**Situación Laboral**

Empleador \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Persona de Contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador del Cónyuge \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

**Ingresos Familiares**

Ingresos por trabajo  
Seguro social  
Desempleo/invalidez  
Intereses/dividendos  
Pensión alimenticia  
Pensión alimenticia por menores  
Otros ingresos  
TOTAL

**Activos Pertinentes**

Cuentas corrientes  
Cajas de ahorro  
Primera vivienda  
Otros bienes raíces  
Acciones, Bonos, CD  
Otro: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_  
TOTAL ACTIVOS

Adjunte copias de la siguiente documentación:

- Copia de su declaración de impuestos y formulario W-2 del año anterior y copias de sus dos últimos comprobantes de sueldo

-Copia de los comprobantes/talones de cheques de seguro social, asistencia pública o por desempleo de los dos últimos meses

-Copia del aviso de aprobación/denegación de seguro por desempleo

-Copia del estado de cuenta de cuentas corrientes, cajas de ahorro o informes de inversión correspondientes a los dos últimos meses.

**Costos Médicos Anuales**

Detalle el importe que ha abonado a alguna de las siguientes instituciones/entidades durante los últimos 12 meses por costos médicos:

Barlow Respiratory Hospital: \_\_\_\_\_ (adjunte los comprobantes correspondientes)

Otros Proveedores: \_\_\_\_\_ (adjunte los comprobantes correspondientes)

¿A cuánto asciende su deuda actual con otros proveedores médicos (sin considerar lo adeudado a BRH)? \_\_\_\_\_ (adjunte los comprobantes correspondientes)

Al firmar este formulario, ratifico la precisión de la información aquí incluida y autorizo a Barlow Respiratory Hospital a verificar toda la información aquí consignada.

Comprendo que toda asistencia financiera es únicamente para mi propio beneficio y no libera a terceros de sus responsabilidades de pago.

Comprendo que, si no califico para recibir asistencia financiera, seré responsable personalmente por los gastos de los servicios prestados por Barlow Respiratory Hospital. Asimismo, comprendo que, si se determina que no califico para recibir asistencia financiera, puedo apelar dicha decisión por escrito presentado documentación adicional.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

## BARLOW RESPIRATORY HOSPITAL - EVALUACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Cuenta #: \_\_\_\_\_

N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Internación: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta/ Fecha Esperada de Alta \_\_\_\_\_

### **Recursos del Paciente:**

¿El *Ingreso Familiar*<sup>1</sup> del paciente equivale o es inferior al 350% del *Nivel Federal de Pobreza*?<sup>2</sup>

Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

¿El *Ingreso Familiar* del paciente equivale o es inferior al 200% del *Nivel Federal de Pobreza*?

Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

¿El paciente es un *Paciente Particular*?<sup>3</sup>

Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

¿El paciente es un *Paciente con Costos Médicos Elevados*?<sup>4</sup>

Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

---

<sup>1</sup> “***Ingreso Familiar***” se refiere a los ingresos del paciente más los ingresos de las siguientes personas: (1) en el caso de pacientes de 18 años o más: el cónyuge/pareja del paciente y los hijos menores de 21 años a cargo del paciente, ya sea que convivan o no con el paciente; y (2) en el caso de pacientes menores de 18 años: el padre/los familiares a cargo del paciente y los demás hijos menores de 21 años del padre o familiar a cargo del paciente.

<sup>2</sup> “***Nivel de Pobreza Federal***” se refiere a la línea de pobreza actualizada periódicamente en el Registro Federal por el Ministerio de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos conforme al inciso (2), artículo 9902, Título 42 del Código de los Estados Unidos de América.

<sup>3</sup> “***Paciente Particular***” se refiere a un paciente sin cobertura médica, plan de salud, Medicare o Medicaid, cuya lesión no califica para ser cubierta por un seguro por riesgos del trabajo, seguro del automotor u otro tipo de seguro según lo determinado y documentado por el Hospital

<sup>4</sup> “***Paciente con Costos Médicos Elevados***” se refiere a un paciente que no recibe un descuento por parte del Hospital debido a que posee cobertura de un tercero cuando se aplica alguno de los siguientes casos: (1) los gastos médicos anuales abonados por cuenta propia por el paciente al Hospital superan el 10% del *ingreso familiar* del paciente correspondiente a los últimos 12 meses o (2) los gastos médicos anuales abonados por cuenta propia por el paciente en cualquier centro de atención superan el 10% del *ingreso familiar* del paciente, siempre que el paciente presente documentación para respaldar los gastos médicos abonados por él o su familia en los últimos 12 meses.

**Elegibilidad del Paciente**

Según la información que precede, el paciente es apto para recibir (marcar la opción que corresponda):

Programa de beneficencia de atención médica: \_\_\_\_\_. El paciente califica para recibir atención médica de beneficencia porque su **Ingreso Familiar** equivale o es inferior al 200% del **Nivel Federal de Pobreza** y es un **Paciente Particular** o un **Paciente con Costos Médicos Elevados**. Los pacientes que califican para recibir atención médica de beneficencia no deberán abonar costo alguno por los servicios médicos prestados.

Atención con Descuento: \_\_\_\_\_. El paciente califica para recibir atención médica con descuento porque su **Ingreso Familiar** equivale o es inferior al 350% del **Nivel Federal de Pobreza** y es un **Paciente Particular** o un **Paciente con Costos Médicos Elevados**.

Comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorización del Director Ejecutivo (CEO) o el Director Financiero (CFO) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**CARTA DE NOTIFICACIÓN AL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Garante: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal del Garante: \_\_\_\_\_

---

Estimado Sr. / Sra. / Srta.: \_\_\_\_\_

Habiendo revisado atentamente su solicitud de asistencia financiera, hemos determinado que su cuenta:

- ( ) Cumple con los requisitos del Hospital para proporcionarle asistencia financiera.
- ( ) Cumple con los requisitos del Hospital para proporcionarle asistencia financiera mientras esté pendiente el resultado de su solicitud de cobertura a Medi-Cal/revisión financiera.
- ( ) Monto aprobado de \$\_\_\_\_\_. Se aplicará un descuento del \_\_\_\_% a su cuenta y el garante es responsable de \$ \_\_\_\_\_.
- ( ) No califica para recibir asistencia financiera del Hospital.

**Motivo de la denegación:**

\_\_\_\_\_ Ingreso familiar superior al mínimo requerido.

\_\_\_\_\_ Potencial fuente de pago por terceros.

\_\_\_\_\_ Solicitud incompleta.

\_\_\_\_\_ Inadecuación de la documentación de respaldo.

**(Utilice el siguiente texto únicamente en las cartas que notifican una decisión negativa)**

Si desea apelar esta decisión, contáctese con el Departamento de Servicios Financieros llamando al 213-250-4200 Interno 3329 para iniciar el proceso de apelación.

**(Utilice el siguiente texto únicamente en las cartas que notifican una decisión positiva)**

En virtud de su misión y sus valores, Barlow Respiratory Hospital presta sus servicios en forma gratuita a aquellos pacientes elegibles que no cuentan con recursos suficientes para pagar por la atención brindada. Estamos orgullosos de poder contribuir con la comunidad y por la atención de beneficencia y con descuento que le brindamos a usted y a otros. Le agradecemos por elegirnos y esperamos poder seguir prestándole nuestros servicios en el futuro.

Atentamente,

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS  
BARLOW RESPIRATORY HOSPITAL