

Solicitud de Asistencia Financiera

Por favor, complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte paginas adicionales si es necesario.

Información de Evaluación

¿Necesita un intérprete? Si No

Si la respuesta es sí, indique el idioma de preferencia:

¿Ha solicitado el paciente Medi-Cal? Si No

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Basic Food /SNAP o WIC?

Si No

¿El paciente está actualmente sin hogar? Si No

¿Necesidad o prestación de atención medica relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral?

Si No

Información del Paciente y del Solicitante

Nombre completo del paciente (primero, segundo, apellido):	Nombre completo del cónyuge (primero, segundo, apellido):
Fecha de nacimiento del paciente (Mes/Día/Año):	Fecha de nacimiento del cónyuge (Mes/Día/Año):
Numero de Seguro Social (opcional):	Numero de Seguro Social (opcional):
Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) legalmente	Número de teléfono de contacto principal:
	Correo Electrónico:

Persona responsable de pagar la factura:

Relación con el paciente:

Dirección de Envió:

Información del Paciente y del Solicitante continúa:

Situación laboral de la persona responsable de pagar la(s) factura(s):

Empleado (fecha de contratación)

Desempleado (cuanto tiempo desempleado)

Trabajadores por cuenta propia Estudiante Discapacitada Jubilada

Otra (por favor explique):

Información Familiar

Enumere a cada miembro de la familia en su hogar, incluyéndose a si mismo. “Familia” incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio, o adopción que viven juntas.

Tamaño Familiar

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente	Empleador(es) o fuente de ingresos (si tiene 18 años o más)	Ingreso bruto mensual antes de impuestos (si tiene 18 años o más)	¿También solicitando ayuda financiera?
					Si No
					Si No
					Si No
					Si No
					Si No
					Si No

Adjunte una página adicional si es necesario.

Información Familiar continúa:

Se deben declarar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios
- Pensión
- Desempleo
- Discapacidad
- SSI (seguro social)
- Trabajo por cuenta propia
- Compensación para trabajadores
- Programas de Estudio y Trabajo (estudiante)
- Distribuciones de Cuentas de Jubilación
- Manutención de los hijos o conyugal
- Otra (por favor explique)

Información de Ingresos

Recuerde: Debe presentar un comprobante de ingresos con su aplicación

Usted debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la ayuda financiera.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita firmada que describa sus ingresos. Por favor, proporcione comprobantes de cada fuente de ingresos identificada.

Los ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención W-2; o
- Talones de sueldo recientes; o
- Declaración de impuestos del año pasado, incluyendo anexos, si corresponde; o
- Declaración escrita y firmada por los empleadores u otras personas; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para la compensación por desempleo

Si no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, por favor adjunte una página adicional con una explicación.

Información de Gastos

Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación.

Gastos Mensuales del Hogar:	
Alquiler o Hipoteca: \$	Gastos médicos \$
Primas de seguro: \$	Utilidades: \$
Otras deudas / gastos: \$ (manutención de hijos, prestamos, medicamentos, otras cosas)	

Información Adicional

Por favor, adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que supiéramos, tal como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

Acuerdo del Paciente

Entiendo que Sierra View Medical Center puede verificar la información revisando el historial crediticio y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la ayuda financiera, y puedo ser responsable de los servicios prestados y se esperara que los pague.

Firma de la persona que aplica:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al (559) 791-3970

Envíe la solicitud completada por correo a:

Sierra View Medical Center
Attn: Financial Counseling Department
465 W Putnam Ave
Porterville, CA 93257

Envíe la solicitud completada por correo electrónico a:

financialcounseling@sierra-view.com

Programa de Reclamos sobre Facturas de Hospitales

Programa de Quejas de Facturas de Hospital es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura de hospital. Si cree que se le denegó la asistencia financiera de manera incorrecta, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas de Facturas de Hospital. Visit **HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov** para obtener más información y presentar una queja.

Ayuda para Pagar su Factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudaran a entender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al **888-804-3536** o visitar **HealthConsumer.org** para obtener mas información.

Ayuda con la Traducción

ATTENTION: If you need help in your language, please call (559) 788-6002 or (559) 788-6143 or visit Sierra View Medical Center Financial Counseling at 465 W Putnam Ave, Porterville, CA 93257. The office hours are Monday through Friday from 8 AM - 4:30 PM.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al (559) 788-6002 o al (559) 788-6143 o visite el Departamento de Asesoría Financiera de Sierra View Medical Center en 465 West Putnam Avenue, Porterville, CA 93257. El horario de oficina es de Lunes a Viernes de 8 AM a 4:30 PM.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، يُرجى الاتصال على الرقمين:

5597886002 أو على الرقم 5997886143، أو زيارة قسم الإرشاد المالي بمركز سييرا فيو الطبي على العنوان التالي:
465، ويست بوتنام أفينيو، بورتيرفيل، كاليفورنيا 93257.

. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 4:30 مساءً: ساعات العمل

مطلوب ترجمتها إلى اللغات التالية:

العربية

الصينية

الفلبينية / التغالوغ

注意: 如果您需要语言协助，请致电 (559) 788-6002 或 (559) 788-6143，或前往 Sierra

View Medical Center 财务咨询部，地址：465 West Putnam Avenue, Porterville, CA 93257.

办公时间为周一至周五，上午 8:00 至下午 4:30.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa wika mo, mangyaring tumawag sa (559) 788-6002 o (559) 788-6143, o bumisita sa Sierra View Medical Center Financial Counseling sa 465 West Putnam Avenue, Porterville, CA 93257. Ang oras ng opisina ay Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 ng umaga hanggang 4:30 ng hapon.

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị cần hỗ trợ bằng ngôn ngữ của mình, xin vui lòng gọi đến số (559) 788-6002 hoặc (559) 788-6143 hoặc đến Trung tâm Tư vấn Tài chính Sierra View Medical Center tại địa chỉ 465 West Putnam Avenue, Porterville CA, 93257. Giờ làm việc là từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 4:30 chiều.