

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de Charity Care (atención de beneficencia) de El Camino Hospital. Llene, firme y devuelva la solicitud a nuestra oficina, junto con la documentación indicada a continuación:

***Presentar pruebas de ingresos es un requisito para todos los solicitantes y no se puede eximir.***

También se requiere que las personas que viven con el solicitante presenten pruebas de ingresos.

- Si el paciente tiene por lo menos 18 años de edad, se requieren pruebas de ingresos del cónyuge, pareja de hecho y/o hijos dependientes menores de 21 años de edad del paciente, ya sea que vivan o no con el paciente.
- Si el paciente es menor de 18 años de edad, se requieren pruebas de ingresos del/de los padre(s), familiar(es) a cargo del cuidado (por ej., tutores) del paciente y/u otros hijos menores de 21 años de edad del padre/madre o familiar a cargo del cuidado.

La ayuda económica/atención de beneficencia está disponible para pacientes con ingresos familiares que no superan el 400 % del nivel de pobreza federal, ya sea actualmente o en los últimos 12 meses.

Los documentos que se consideran aceptables como pruebas de ingresos figuran a continuación.

- \* Una copia completa de la declaración de impuestos federales para el año impositivo más reciente (una declaración de impuestos conjunta se considera una prueba de ingresos tanto para el solicitante como para el cónyuge/pareja)
- \* Una copia de los dos comprobantes de pago más recientes de salario/seguro de desempleo/pensión/seguro por discapacidad
- \* Una copia de un formulario W-2 o SSA1099 para el año impositivo más reciente

Los documentos se pueden entregar a nuestra oficina de cualquiera de las siguientes maneras:

**Escanear y enviar por correo electrónico a:** [charity\\_care@elcaminohealth.org](mailto:charity_care@elcaminohealth.org)

**Enviar por fax a:** 650-966-9334 Attention: Charity Care

**Enviar por correo postal/entregar personalmente a:**

Attn: Charity Care/Patient Financial Services  
2505 Hospital Drive, 2.º piso  
Mountain View, CA 94040

Si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud, comuníquese con nuestro Equipo de Atención al Cliente al 650-940-7220 o 800-665-6540, lunes a viernes, de 9 de la mañana a 4 de la tarde.

## Solicitud de Charity Care

### **Información sobre el paciente:**

Número(s) de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

### **Información sobre el solicitante (garante):**

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_ Padre/madre/tutor

Nombre: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Cantidad de dependientes: \_\_\_\_\_ Edad(es) del/de los dependiente(s): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador/dirección/número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ingreso familiar anual: \$ \_\_\_\_\_ (Se requiere documentación de los ingresos).

---

¿Cumple con los requisitos para obtener cobertura con un seguro de salud comercial? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora y su número de identificación: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Cumple con los requisitos para obtener cobertura con Medicare? Si contesta que sí, proporcione su nivel de cobertura (A, B o ambos) y su número de identificación: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Cumple con los requisitos para obtener cobertura de Medi-Cal u otro programa de ayuda médica estatal? Si contesta que sí, proporcione el condado de su cobertura y su número de identificación: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Cumple con los requisitos para recibir cobertura de un seguro de viajero/fuera del país? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora y su número de identificación: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Su tratamiento está relacionado con una lesión cubierta por Compensación al trabajador? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora y su número de reclamo: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Su tratamiento está cubierto por un seguro de responsabilidad civil contra terceros, como por ejemplo una aseguradora de automóviles? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su aseguradora o abogado y su número de caso o reclamo: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Su tratamiento es el resultado de ser víctima de un incidente delictivo? Si contesta que sí, proporcione el nombre de su trabajador del caso y su número de caso: \_\_\_\_\_  Sí  No

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

**Se solicita Charity Care para: (llene todos los que corresponden)**

- Cargos totales en la(s) cuenta(s) del/de los paciente(s) \$ \_\_\_\_\_  
(Solo para los pacientes sin seguro)
- Saldo después del/de los pago(s) del seguro \$ \_\_\_\_\_  
(Coseguro, copago, deducible)

Nota: los montos del costo compartido de Medi-Cal no son elegibles para el Programa de Charity Care.

---

**Información adicional para tomar en cuenta:**

Si el paciente/solicitante o sus familiares inmediatos\* incurren en gastos médicos de bolsillo\*\* con cualquier profesional médico que no sea de nuestro centro médico en el período de 12 meses antes de la fecha de la solicitud, el monto del gasto de bolsillo se podrá considerar en nuestra revisión. Se requerirá que el paciente/solicitante proporcione documentación (estados de cuenta) de los profesionales médicos para confirmar el monto indicado a continuación.

- Total de gastos de bolsillo \$ \_\_\_\_\_

\*Usando la definición de la Oficina del Censo, una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntos y están emparentados por nacimiento, matrimonio o adopción. Para los fines de esta norma, la independencia se define como vivir fuera del hogar y estar casado, en el servicio militar o cumplir cualquiera de las demás condiciones de independencia, tal como se definen en la Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes (Free Application for Federal Student Aid, FAFSA) que está disponible en <https://studentaid.gov/h/apply-for-aid/fafsa>.

\*\*Los gastos de bolsillo son todos los saldos de facturas médicas, coseguros, copagos o montos deducibles.

Nota: los montos del costo compartido de Medi-Cal no pueden incluirse como gastos de bolsillo.

---

El programa de Charity Care para nuestro centro médico no se aplica a los cargos cobrados por cualquier médico que pueda haber participado en su atención.

---

Afirmo que la información que he proporcionado es completa y precisa y acepto que su centro médico puede verificar esta información. Acepto notificar cualquier cambio en mis circunstancias financieras a su centro médico y a proporcionar, de ser solicitada, mi condición de elegibilidad para obtener seguro.

Acepto que su centro médico pueda divulgar la información contenida en esta solicitud a cualquier tercero que pueda ayudar a satisfacer mi solicitud de atención de beneficencia o descuentos por necesidad financiera.

**Firma del paciente/solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
(Si el paciente es menor de 18 años de edad, se requiere la firma de un padre o tutor)

**Firma del representante del paciente** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_  
(Si el paciente no puede firmar debido a una enfermedad o discapacidad).