



Programas de Cuidado de Caridad y Pago con Descuento

Dameron Hospital ("el Hospital") reconoce que muchos de los pacientes que atiende quizá no pueden tener acceso a los servicios de atención de salud de alta calidad sin asistencia financiera. La Política de Cuidado de Caridad y Pago con Descuento fue desarrollada para asegurar que el Hospital mantenga su misión de brindar atención médica de calidad a la comunidad, teniendo muy en cuenta la capacidad de pago del paciente.

Están disponibles en la página web del Hospital <http://www.dameronhospital.org/> la Política de Cuidado de Caridad y de Pago con Descuento, la Solicitud de Aplicación de Asistencia Financiera y un resumen en lenguaje simple, y están disponibles para su descarga e impresión. También hay copias disponibles bajo petición y sin gastos, tanto por correo y en todos los puntos de registro, incluyendo el servicio de urgencias, la oficina de facturación, la oficina de admisiones y otros entornos ambulatorios. El Cuidado de Caridad y Política de Pago con Descuento, el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, y un resumen en lenguaje simple de la política también están disponibles en español.

Servicios Elegibles

La asistencia financiera prestada a los pacientes del hospital de conformidad con los Programas de Cuidado de Caridad y de Pago con Descuento solo se aplicará a los gastos generados por la atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios.

Atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios prestados por profesionales o médicos, aparte de aquellos brindados por el hospital, no están cubiertos por las políticas de asistencia financiera del Hospital. Los servicios profesionales o médicos incluyen:

- Servicios de Ambulancia
- Audiología
- Anestesia
- Cardiología
- Odontología
- Dermatología
- Diálisis
- Médicos de Emergencia
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Ginecología
- Hospitalistas
- Medicina Interna
- Imagen de resonancia magnética (MRI)
- Neonatología
- Nefrología
- Neurología
- Medicina Nuclear
- Obstetricia
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Patología
- Podiatra
- Asistente Médico
- Servicios Psiquiátricos
- Terapia de Radiación
- Radiología
- Cuidado Respiratorio
- Cirujanos
- Urología

Elegibilidad General

El Hospital determina la elegibilidad para el Programa de Cuidado de Caridad y de Pagos con Descuento basado en las necesidades financieras del individuo de acuerdo con su política escrita de Cuidado de Caridad y Pago con Descuento. Los pacientes que deseen ser considerados para el Programa de Cuidado de Caridad o el Programa de Pago con Descuento deben hacer esfuerzos razonables para proporcionar al Hospital con la documentación de ingresos y cobertura de beneficios para la salud. Si un paciente no puede proporcionar la información prevista en el Programa de Cuidado de Caridad y Política de Pago con Descuento, el Hospital puede considerar dicho incumplimiento al formular su determinación.

Los pacientes que cumplen con ciertos requisitos de bajos y moderados ingresos pueden calificar para el pago con descuento o atención caritativa. En general, "los pacientes financieramente calificados" son aquellos pacientes (1) que son auto-Pay pacientes (es decir, no tienen cobertura de terceros) o pacientes con altos costos médicos; y (2), cuyo ingreso familiar no exceda 350 por ciento del nivel de pobreza federal actual.

Antes de que un paciente puede ser elegible para el Programa de Cuidado de Caridad o el Programa de Pago con Descuento, todos los recursos disponibles primero deben aplicarse, incluyendo, pero no limitado a, el seguro de salud privado (incluyendo la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California), Medicare, Medi-Cal, el Programa de Familias Saludables, Programa de Servicios para Niños de California, u otros programas financiados por el estado o el condado diseñados para proporcionar cobertura de salud.



Los pacientes que son elegibles para y/o reciben asistencia financiera bajo el Programa de Cuidado de Caridad o el Programa de Pago con Descuento no pueden recibir asistencia financiera en virtud de la Política de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital. Los pacientes que son elegibles para y/o reciben ayuda financiera con cargo al Programa de Cuidado de Caridad o el Pago con Descuento no se les cobrará más que la “cantidad generalmente facturada” (“AGB”) para tales servicios.

Información de Factura

La ayuda financiera en virtud de esta Política, se brindará a los pacientes elegibles sin importar su raza, religión, color, credo, edad, género, orientación sexual, origen nacional o estatus migratorio.

Procedimientos de Aplicación

La declaración de las condiciones financieras debe ser llenada en su totalidad. Para ser considerado para el Cuidado de Caridad o Pago con Descuento en virtud de la política, el paciente debe proporcionar al Hospital con la información financiera y otra solicitada en la aplicación necesaria para determinar la elegibilidad, que será considerado de acuerdo con las limitaciones establecidas en la Sección del Código de Salud y Seguridad de California 127.405 (e). Esto incluye completar los formularios de solicitud necesarios y cooperar plenamente con la recopilación de información y los procesos de evaluación. Si el Hospital determina que el paciente es elegible para el Programa de Cuidado de Caridad, puede requerir exenciones o liberaciones del paciente o la familia del paciente autorizando al hospital para obtener la verificación de información de las instituciones financieras o comerciales, u otras entidades que mantienen los activos monetarios. Si el Hospital determina que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo el Programa de Pago con Descuento, la documentación de los ingresos se limitará a los talones de pago recientes y declaraciones de impuestos.

La falta de un paciente de enviar por correo o entregar al hospital una Solicitud de Asistencia Financiera completa dentro de los 30 días de la factura final, que se enviará al menos 90 días desde la fecha de la primera factura después del alta, dará lugar a que el Hospital de inicie acciones de cobranza como se describe en la Política de Cobranza de Cuentas Morosas del Hospital. Por favor devuelva esta solicitud dentro de los 30 días, junto con los siguientes documentos que apoyan los datos introducidos en la aplicación:

1. Prueba de identidad – Proporcionar una de las siguientes:
 - Copia de la licencia de conducir emitida por el estado
 - Copia de la tarjeta de la Seguro Social
 - Copia de identificación con foto
2. Impuestos sobre la renta federal y estatal del Año Anterior, incluyendo anexos según corresponda. Si no está disponible por favor explique por qué y adjunte copia de 2 talones de pago másrecientes.
3. Todos los estados de cuenta(s) de ahorro y de cheque.
4. Recibos de renta/alquiler (si es que aplica)
5. Pension Alimenticia (si es que aplica)

Envíe la solicitud completa y la documentación requerida a:

Dameron Hospital Association
Patient Accounting Department
525 W. Acacia Street
Stockton, CA 95203

Por favor, póngase en contacto con el Departamento de Crédito y Cobranza del Hospital Dameron al (209) 461-3147 entre las horas de 7:00 am a 3:30 pm, si desea obtener más información o ayuda para solicitar cualquiera de estos programas.

Servicios de Médicos de Emergencia

Un médico de urgencias que presta servicios médicos de emergencia en un hospital que brinda atención de emergencia también está obligado por ley a ofrecer descuentos a los pacientes sin seguro médico o los pacientes con altos costos médicos. Por favor, póngase en contacto con la oficina de facturación del médico de emergencia directamente para obtener más información sobre sus programas de asistencia financiera.



**ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA
INGRESOS ACTUALES PLANEADOS**

Su nombre: _____ Nombre de esposo/a: _____
 Su SS# _____ SS# de esposo/a: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Cód. Postal: _____ Teléfono: _____

A. CONFORMACIÓN DE LA FAMILIA

1. Enumere todos los dependientes que usted mantiene (que no sean su esposo/a)

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. EMPLEO Y OCUPACIÓN

- Su empleador es: _____ Posición _____
 Si es trabajador independiente, dé el nombre del negocio _____
- El empleador de su esposo/a es: _____ Posición _____
 Si es trabajador independiente, dé el nombre del negocio _____

C. INGRESO ACTUAL

	<u>Usted</u>	<u>Esposo/a</u>
1. Pago bruto (sueldos, salarios, comisiones, propinas)	\$ _____	_____
2. Ingresos por operar un negocio	\$ _____	_____
3. Otros ingresos:		
a. Intereses y dividendos	\$ _____	_____
b. De inmuebles o propiedad personal	\$ _____	_____
c. Seguro Social	\$ _____	_____
d. Pensión u otros ingresos de jubilación	\$ _____	_____
e. Otros (especifique) _____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____
4. Pensión alimenticia, pagos por mantenimiento o ayuda	\$ _____	_____
INGRESO MENSUAL TOTAL (total de arriba)	\$ _____	_____

(POR FAVOR COMPLETAR EL OTRO LADO)



D. PROGRAMA DE GASTO CORRIENTE

1. Gastos de Casero:
 - a. Alquiler o hipoteca y mantenimiento costaron \$ _____
 - b. Hogar suministra \$ _____
 - c. Inmobiliaria impuestos \$ _____
 - d. Utilidades

Eléctrico y gas	\$ _____	
Agua	\$ _____	
Teléfono	\$ _____	
Otros (especificar) _____	\$ _____	
Utilidades Total		\$ _____

2. Otros Gastos:
 - a. Cónyuge o hijo apoyo \$ _____
 - b. Seguro (sólo si no descontados de sus salarios).

Salud	\$ _____	
Auto	\$ _____	
Los propietarios o inquilinos	\$ _____	
Otros (especifique) _____	\$ _____	
Total Gastos de Seguros		\$ _____
 - c. Gastos en Cuotas:

Auto	\$ _____	
Otros (especifique) _____	\$ _____	
Otros (especifique) _____	\$ _____	
Gastos totales a Plazos		\$ _____
 - d. Transporte (incluyendo gas & reparaciones) \$ _____
 - e. Educación o cuidado de niño \$ _____
 - f. Comida \$ _____
 - g. Ropa (incluyendo lavado o limpieza) \$ _____
 - h. Médica, dental y medicamentos \$ _____
 - i. Otros (especifique) _____ \$ _____
 - j. Otros (especifique) _____ \$ _____

TOTAL DE GASTOS MENSUALES ACTUALES (Total todo arriba) \$ _____

Con mi firma, declaro que el programa de ingresos y gastos de arriba es un reflejo real de mis ingresos mensuales. Consiento que Dameron Hospital Association verifique mis datos de empleo e historia de crédito con el fin de determinar si califico para asistencia financiera, según lo permitido por la ley.

Fecha

(Firma del Paciente o Fiador)