



Fecha: _____

Por favor lea cuidadosamente antes de completar el proceso de su solicitud. Sharp HealthCare ofrece ayuda de asistencia financiera o servicios a bajo costo para pacientes calificados (pacientes sin seguro medico de bajos ingresos y pacientes con seguro medico con elevados costos médicos que cumplan con cierta criteria). Los siguientes requisitos deben cumplirse: Los servicios deben ser médicamente necesarios, los niveles de ingreso bruto deben ser igual o inferior al 200% de las Guías Federales de Pobreza para asistencia financiera, o entre 201% - 400% para obtener asistencia financiera parcial/servicios a bajo costo (Ver tabla de abajo para niveles de pobreza.) Todas las fuentes de ingreso aplicables deben reportarse puesto que así se hará una determinación completa basada con el ingreso total. Estas opciones de financiamiento incluyen Servicios Médicos del Condado (CMS), Medi-Cal, Programa de Compensación a Víctimas, etc. Las aplicaciones negadas por falta de documentación no serán consideradas para recibir asistencia financiera. El solicitante debe completar y devolver la Aplicación de Asistencia Financiera junto con todos los documentos justificativos (vea la lista de abajo) en el lapso de 10 días de la fecha recibida. Los médicos de la sala de emergencia al igual que otros proveedores médicos también ofrecen Asistencia Financiera (esas facturas son enviadas por separado, por favor comuníquese con esa oficina par mas informacion, el teléfono debe de aparecer en la factura).

Comprobantes necesarios (por favor envíe copias de los documentos originales, ya que no serán devueltos):

- Tres meses de verificación de ingreso (todas las formas se requieren):
 - ~ Estados de cuenta bancarios de los últimos tres (3) meses
 - ~ Talones de pago u otros comprobantes de ingreso de los últimos tres (3) meses
 - ~ Declaración de impuestos de el año más reciente (ej. forma 1040)
- Si aplica, incluya copia de la carta de rechazo, del programa de asistencia financiera del condado/ Estado, tal como CMS o Medi-Cal.
- Copia de todas las facturas médicas pagadas por el paciente o la familia del paciente en los últimos 12 meses.

Sharp HealthCare o sus agentes pueden solicitar información adicional para respaldar la elegibilidad de su aplicación de asistencia financiera. Toda la información puede estar sujeta a verificación incluyendo, pero no limitado al contacto con su empleador, banco, verificación de crédito y búsqueda de propiedades dentro y fuera de Estados Unidos.

Las solicitudes serán calificadas y una carta de determinación será enviada al paciente o al guardian dentro de 30-60 días de el fecha de recibimiento de su solicitud. Los resultados se le notificaran por escrito en ese lapso de tiempo. Su visita/responsabilidad financiera permanecerá con Sharp HealthCare hasta que se tome esta determinación. Si usted tiene preguntas respecto a la Aplicación de Asistencia Financiera, por favor contáctenos en línea en <http://www.sharp.com/billing>, por medio de correo electrónico o llame de Lunes a Viernes, entre 8:00 a.m. y 5:15 p.m. (Hora Pacífico) al (858) 499-2400.

Miembros de Familia	Guías de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos 2020 (200%)	400% de las Guías de Pobreza Federales
1	\$25,520.00 Entrada Bruta Anual o \$2,127.00/mes	\$51,040.00/año o \$4,253.00/mes
2	\$34,480.00/año o \$2,873.00/mes	\$68,960.00/año o \$5,747.00/mes
3	\$43,440.00/año o \$3,620.00/mes	\$86,880.00/año o \$7,240.00/mes
4	\$52,400.00/año o \$4,367.00/mes	\$104,800.00/año o \$8,733.00/mes
5	\$61,360.00/año o \$5,113.00/mes	\$122,720.00/año o \$10,227.00/mes
Miembro extra	Agregue \$8,960.00/año	Agregue \$17,920.00/año

Para más información sobre las Guías de Pobreza Federales visite <https://www.federalregister.gov>
Para información y aplicaciones de Medi-Cal, visite <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx> Para información de Covered California, visite <https://www.coveredca.com>
Para información sobre CMS, visite www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

REGRESE A:
Sharp HealthCare
8695 Spectrum Center Blvd.
San Diego, CA 92123
Private Pay Unit/PFS-ICD

Número de Visita(s)

Total \$ _____

Este documento autoriza voluntariamente el uso de la divulgación de información de salud protegida de la manera en que se describe a continuación. Sharp HealthCare no puede negarse a tratarlo medicamente por el hecho de negarse a llenar este formulario. El completar este formulario no garantiza que usted será elegible para recibir asistencia financiera.

Conforme a lo dispuesto por la ley federal, yo autorizo a los empleados o agentes de Sharp HealthCare a usar o divulgar la información que he proporcionado, en este formulario para determinar si soy elegible para asistencia financiera, o si el hospital es elegible para poder asistirme con asistencia financiera, la cual cubriría algunos o todos los costos de mi cuidado. Entiendo que la solicitud debe de estar completado en su totalidad. Además entiendo que puede ser que yo siga siendo responsable de mi cuenta de el hospital, incluso si recibo o no asistencia financiera a menos que yo sea elegible para la Asistencia Financiera. La información que proveo en este formulario solo podrá ser divulgada cuando sea necesario a:

- 1) Compañías farmacéuticas que ofrecen sus medicamentos, o medicamentos de remplazo a bajo costo basados en mi estatus financiero.
- 2) Otras instituciones específicas de caridad, de negocios o instituciones gubernamentales, las cuales pueden ofrecer programas de asistencia financiera relacionados con la salud.

I. Información del paciente (letra impresa)

Nombre _____	# Seguro Social _____
Dirección _____	Fecha de Nacimiento _____
Ciudad, Estado, C.P. _____	# Teléfono (casa) _____
Empleador _____	# Teléfono (celular) _____
Ocupación _____	¿Ha sido declarado discapacitado el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

II. Información del cónyuge (o del padre si el paciente es menor de 18 años)

Nombre _____	# Seguro Social _____
Dirección _____	Fecha de Nacimiento _____
Ciudad, Estado, C.P. _____	# Teléfono (casa) _____
Empleador _____	# Teléfono (celular) _____
Ocupación _____	

III. Otro padre (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre _____	# Seguro Social _____
Dirección _____	Fecha de Nacimiento _____
Ciudad, Estado, C.P. _____	# Teléfono (casa) _____
Empleador _____	# Teléfono (celular) _____
Ocupación _____	

IV. Anote todas las personas que viven en casa del paciente (o casa de los padres si el paciente es menor de 18 años)

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD

V. Ingreso Mensual

Ingreso del Paciente * _____
 Ingreso del Cónyuge * _____
 Ingreso de los Padres * _____
 (Si menor de 18 años)
 Seguro Social * _____
 Pensión No-diferida * _____
 Incapacidad * _____
 Compensacion de Desempleo * _____
 Pensión alimenticia/manutención **** _____
 Interés * _____
 Alquiler _____
 Otro(s) _____
TOTAL _____

VI. Gastos de Vivienda Esenciales

Renta/Hipoteca (encierre uno) _____
 Pensión alimenticia/manutención _____
 Alimentos/Suministro _____
 Utilidades/Teléfono _____
 Ropa _____
 Médico/Dental _____
 Seguro Médico _____
 Préstamo de Vehículo Auto (indique) _____
 Escuela / Cuidado de los niños _____
 Cuota / Rotatorio _____
 Pago(s) de Tarjeta(s) de Crédito _____
 Pagos Medicos Actuales _____
 Combustible y reparaciones _____
 Lavandería / Limpieza _____
 Otro(s) _____
TOTAL _____

VII. Bienes

Efectivo en mano \$ _____
 Bienes raíces en Estados Unidos o el extranjero:
 Dirección _____ Valor \$ _____ Equidad \$ _____
 Dirección _____ Valor \$ _____ Equidad \$ _____
 Valor de Negocio _____
 Otro(s) _____
TOTAL _____

VIII. Otros Bienes

Cuenta de Cheques/Institución **Bal _____
 # Cuenta de Ahorros/Institución **Bal _____
 Vehículo 1 (Año/Marca/Modelo/Valor) _____
 Vehículo 2 (Año/Marca/Modelo/Valor) _____
 Vehículos Recreativos/Barcos/Motos/Casa Móvil
 (Año/Marca/Modelo/Valor) _____
TOTAL _____

**Incluya talones de pago u otros comprobantes de ingreso de los últimos 3 meses*

***Incluya los últimos (3) estados de cuenta bancarios.*

****Incluya copia de todas las facturas médicas anuales pagadas por el paciente o la familia del paciente.*

*****Provea documentación de manutención de hijos tal como órdenes judiciales, acuerdos, y órdenes de retención.*

- Declaro bajo pena de perjurio que la información dada es correcta a lo mejor de mi conocimiento.
- Estoy de acuerdo en avisarle al proveedor, dentro de 10 días, si hay cualquier cambio de ingreso, bienes, gastos, o cualquier cambio de domicilio.
- Entiendo que se me puede pedir que compruebe mi Declaración y que mi elegibilidad será sujeta a verificación, incluyendo, pero no limitado, al contacto con mi empleador, banco, verificación de crédito, y búsqueda de propiedades dentro y fuera de los Estados Unidos.
- Además estoy de acuerdo que en consideración para recibir servicios de cuidados de salud, debido a accidentes o lesiones, he de reembolsar al condado u hospital con el producto de compensación de cualquier litigio o arreglo que resulte de tal acto.
- Entiendo que si yo no califico para asistencia financiera, seré personalmente responsable de los cargos de servicios prestados por Sharp HealthCare. Yo pudiera apelar la decisión con documentación adicional por escrito o hacer una cita en persona con un administrador de negocios, director oficial financiero, u otro administrador apropiado llamando a Servicio al Cliente para facilitar una cita. Para programas una cita por favor llamar at 858.499.2400, las citas están disponibles de lunes a viernes, de 8 am a 5:15 pm (hora del Pacifico).
- El suscrito autoriza a Sharp HealthCare a obtener un reporte de crédito que ayude a determinar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera. Es entendido que esta información puede ser compartida con partidos terceros como se describe en esta forma.
- Yo entiendo que una vez que mi información sale de Sharp HealthCare, Sharp ya no es capaz de controlar o proteger mi información directamente, y yo libero a Sharp HealthCare de cualquier responsabilidad que pudiera surgir de la divulgación de mi información a los tipos de compañías o instituciones anteriormente nombradas.
- Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento conforme a las instrucciones en el Sharp HealthCare Aviso de Prácticas de Privacidad, excepto en la medida que se haya tomado acción en dependencia a esta autorización.

Esta autorización debe vencerse 90 días a partir de la fecha en que se reciba.

Comentarios _____

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Cónyuge _____

Fecha _____

Padre/Tutor _____

Fecha _____