

Scripps Health Patient Financial Services
10790 Rancho Bernardo Road 4S-205
San Diego, CA 92127
Phone: (858) 927-5902
Fax: (858) 927-5070



Date

Patient Name
Address
City, State, Zip code

Nombre del Paciente:
Nombre MRN:
Número del Caso:

Estimado/a

Usted ha solicitado ayuda financiera para la(s) cuenta(s) arriba mencionada(s). Para determinar si el paciente/garante cumple con los requisitos para este tipo de ayuda, necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá darle a su solicitud la debida consideración.

Haga el favor de llenar su solicitud y envíela con la documentación que la respalda a: Patient Financial Services Attn: Financial Assistance Department 10790 Rancho Bernardo Rd. 4S-205 San Diego, California 92127; por fax al (858) 927-5070, o por correo electrónico a financialassistancedept@scrippshealth.org. La solicitud debe enviarse en un lapso de **(14)** días hábiles a partir del día que reciba esta carta.

Le notificaremos por escrito con los resultados de su solicitud en un transcurso de 15 a 20 días de haberlos recibido. Tenga la seguridad que ninguna factura se enviará hasta que se determine la ayuda financiera. Si tiene más preguntas, no deje de ponerse en contacto con el Departamento de Ayuda Financiera al (877) 727-4777.

Sincerely,

Financial Assistance Dept

Scripps Health Patient Financial Services
10790 Rancho Bernardo Road 4S-205
San Diego, CA 92127
Phone: (858) 927-5902
Fax: (858) 927-5070



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Programa de Ayuda Financiera de Scripps

Paso 1

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Lea cuidadosamente antes de completar el proceso de solicitud. Scripps ofrece ayuda o servicios a tarifas de descuento a pacientes calificados. Los siguientes requisitos deben cumplirse: los servicios deben ser médicamente necesarios, los niveles de ingreso bruto deben estar en o por debajo del 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza para recibir ayuda financiera, o entre 201% - 400% para ayuda financiera parcial/ de descuento. Los solicitantes deben completar y enviar la Solicitud de Ayuda Financiera adjunta con todos los documentos que se enumeran a continuación que respalden dicha información en un lapso de **14** días de recibida. Información omitida o incompleta pudiera resultar en un retraso o negación del proceso de su solicitud.

Paso 2

INSTRUCCIONES

Debe proporcionar los documentos correspondientes de la lista a continuación para que sean revisados.

(No envíe copias de los documentos originales porque no serán devueltos).

Una carta explicando su situación financiera actual y de qué manera su estado(s) de cuenta pudiera crearle una carga financiera.

- Dos meses de todas sus cuentas bancarias recientes (cheques, ahorros, IRA, mercado de valores (Money Market), etc.); incluya todos los papeles que demuestren en detalle las transacciones de cada mes.
- Prueba de ingreso. Seleccione la mejor opción que a continuación describe todo el ingreso que recibió:
 - * Si está empleado: 30-días de los comprobantes de pagos más recientes mostrando los ingresos/deducciones de lo que va del año del paciente y del conyugue (si está casado).
 - * Si trabaja por su cuenta y es propietario de su propio negocio: La declaración de impuestos de los últimos dos (2) años (formulario 1040 con las formas complementarias) y la declaración de ganancias y pérdidas de lo que va del año para verificar su condición de empleado independiente y/o ingreso comisionado.
 - * Si actualmente no está empleado/no está trabajando: Comprobante de "otro" ingreso (ejem. Seguro Social/Discapacidad, Desempleo, Jubilación/ Pensión, etc.)

Si alguien más está pagando por su vivienda, alimentos u otras necesidades básicas, ellos deben presentar una carta explicando:

- * El parentesco entre el paciente y terceros
- * Qué tipo de ayuda que se le está proporcionando
- * La frecuencia de la ayuda

Envíe la Solicitud para Ayuda Financiera y los documentos que la respalden a:

Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Dept
10790 Rancho Bernardo Road 4S-205
San Diego, CA 92127
Phone: (858) 927-5902
Fax: (858) 927-5070

Email: financialassistancedept@scrippshealth.org

Scripps Health Patient Financial Services
10790 Rancho Bernardo Road 4S-205
San Diego, CA 92127
Phone: (858) 927-5902
Fax: (858) 927-5070



¿Preguntas? Si tiene preguntas o si necesita ayuda para llenar esta solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Ayuda Financiera de Scripps al (877) 727-4777, de lunes a viernes, 9:00am - 4:30pm.

Scripps Health Patient Financial Services
 10790 Rancho Bernardo Road 4S-205
 San Diego, CA 92127
 Phone: (858) 927-5902
 Fax: (858) 927-5070



Paso 3

PACIENTE

Nombre (nombre, inicial, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Domicilio		Ciudad, Estado, Código postal	
Teléfono de casa/celular	Número del Garante	Número del expediente médico	Número del Seguro Social
Nombre de esposo/tutor (nombre, inicial, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Teléfono de casa/celular	Número del Seguro Social		
¿Su cónyuge también solicitará ayuda financiera? Sí _____ No _____	Número del Garante	Número del expediente médico	

INFORMACION DEL HOGAR/DEPENDIENTES

Número de personas que viven en la misma casa _____ (Enumere a todos los familiares que viven con usted en su casa, como cónyuge, pareja doméstica calificada y niños menores de 18 años de edad.)

a. Nombre del dependiente: (solo si solicita ayuda financiera)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Parentesco	Número del Garante	Número del expediente médico
b. Nombre del dependiente: (solo si solicita ayuda financiera)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Parentesco	Número del Garante	Número del expediente médico

INGRESO FAMILIAR BRUTO MENSUAL (Enumere TODO el ingreso familiar del hogar)

Solicitante/paciente		Cónyuge/Tutor	
Salario bruto/salario (antes de impuestos)	\$	Salario bruto/salario (antes de impuestos)	\$
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$	Pensión alimenticia/manutención infantil	\$
Ingreso como empleado independiente o de su negocio*	\$	Ingreso como empleado independiente o de su negocio*	\$
Pensión o jubilación/variables (Annuities)	\$	Pensión o jubilación/variables (Annuities)	\$
Beneficio de desempleo	\$	Beneficios de desempleo	\$
Seguro Social /discapacidad del estado/ discapacidad temporal/ seguro social suplementario/beneficios de veteranos	\$	Seguro Social /discapacidad del estado/ discapacidad temporal/ seguro social suplementario/beneficios de veteranos	\$
Ingreso por concepto de renta	\$	Ingreso por concepto de renta	\$
Otros, incluyendo ingreso en efectivo (describa):	\$	Otros, incluyendo ingreso en efectivo (describa):	\$
Ingreso mensual total	\$	Ingreso mensual total	\$

Scripps Health Patient Financial Services
10790 Rancho Bernardo Road 4S-205
San Diego, CA 92127
Phone: (858) 927-5902
Fax: (858) 927-5070



ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACION DEL REPORTE DE CREDITO

Declaro bajo pena de perjurio que toda la información arriba indicada en esta solicitud es verdadera y correcta en todos los aspectos, y que todos los anexos son copias exactas de los documentos originales. Reconozco cualquier falsificación de la información resultará en la descalificación de este programa.

Scripps Health se reserva el derecho a obtener información de agencias de reportes de crédito al consumidor y otras fuentes de información de terceros para determinar mi elegibilidad.

Firma del Paciente/Garante X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Firma del conyugue del Paciente/Garante X	Fecha (mm/dd/aaaa)

En caso que la solicitud sea aprobada o negada, el solicitante o titular de la cuenta será notificado por correo.