

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-303
San Diego, Ca 92127

Fax: (858) 927-5000

Email: financialassistancedept@scrippshealth.org

¿Preguntas? Si tiene preguntas o si necesita ayuda para llenar esta solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Ayuda Financiera de Scripps al (858) 927-5902, de lunes a viernes, 9:00am a 4:30pm PDT.

Paso 3

Asegúrese de llenar la solicitud tanto como le sea posible. Cualquier información que falte pudiera demorar la ayuda financiera que reciba. Una información incompleta pudiera retrasar el proceso o la negación a su solicitud.

PACIENTE

Nombre (nombre, inicial, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Domicilio		Ciudad, Estado, Código postal	
Teléfono de casa/celular	Número de la cuenta del hospital	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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de la cuenta del hospital	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 de la cuenta del hospital _____ Número del expediente médico _____

b. Nombre del dependiente: (solo si solicita ayuda financiera) _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Parentesco _____ Número de la cuenta del Hospital _____ 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	\$

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 _____ Fecha (mm/dd/aaaa)

X

Firma del conyugue del paciente/Garante _____ Fecha (mm/dd/aaaa)

X

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