

John Muir Health se complace en ofrecer un programa para nuestros pacientes que necesitan asistencia para pagar sus cuentas médicas. Este programa está completamente auto-financiado por John Muir Health como parte de nuestro compromiso fundamental con la comunidad a la que atendemos. Tenga en cuenta que la aceptación en el Programa de asistencia financiera para pacientes de John Muir Health no cubrirá servicios de proveedores que no sean empleados directamente por el centro médico o por servicios que se presten fuera de uno de nuestros hospitales. El programa solo cubre cuentas por servicios hospitalarios prestados por los cuales se le entregó una factura inicial en los últimos cinco meses y no cubre automáticamente servicios en el futuro.

Para que su solicitud sea considerada, se requieren ciertos documentos. Por favor proporcione la información que se indica a continuación para usted y sus adultos que residen en su hogar y que usted reporta en su Declaración de impuestos o a los que apoya con sus gastos de mantenimiento, ya que el Programa de Asistencia Financiera se basa en el ingreso de su grupo familiar. Si no puede entregar la siguiente información, proporcione una explicación escrita.

**Requisito de calificación inicial:**

El ingreso de su grupo familiar debe ser inferior al 400% de las pautas de pobreza general (FPL) basado en los miembros del grupo familiar. Consulte la tabla a continuación para ver los límites de ingreso.

Tamaño de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
400% de FPL	\$58,320	\$78,880	\$99,440	\$120,000	\$140,560	\$161,120	\$181,680	\$202,240	\$222,800	\$243,360

**Requisitos de documentación:**

- La declaración de impuestos vigente firmada o el más reciente W-2 o declaración de impuesto firmada del año anterior, si todavía no se ha hecho la declaración de impuestos de este año.
- Copia de los talones de sueldo de los dos últimos periodos de pago
- Prueba de pagos de renta/hipoteca de los últimos tres meses
- Los estados de cuenta más reciente para todas las cuentas de inversión
- Los estados de cuenta bancaria de los últimos tres meses, todas las páginas, de cuentas corrientes y de ahorro.
- Expediente y asistencia financiera escolar, si corresponde

**Además, si no tiene seguro:**

El paciente debe solicitar cobertura médica a través de Covered California (888) 975-1142, si tiene más de 18 años, y proporcionar una copia de la carta de determinación indicando si el solicitante fue rechazado o si es elegible para el programa. Adjunte una copia de la tarjeta de seguro, si corresponde.

- Si el paciente es menor de edad o está manteniendo hijos menores de edad, el paciente debe solicitar Medi-Cal (800) 709-8348 y proporcionar una copia de la carta de determinación indicando si fue rechazado o si es elegible para el programa.

**Además, si usted tiene seguro:**

- Prueba de que sus gastos médicos (incluye todos los considerados en su grupo familiar) han superado el 10% del ingreso del grupo familiar en los 12 meses anteriores a la solicitud o su ingreso familiar actual, el monto que sea menor.

Debemos recibir esta información en el plazo de 30 días desde la fecha de esta carta. **ATENCIÓN:** Si no se recibe su solicitud firmada y la información completada en la fecha límite indicada, John Muir Health no podrá considerar su petición de asistencia y su solicitud será denegada.

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con nuestro Departamento de servicio al cliente al: (925) 947-3336.

Gracias.

<b>1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento:

<b>2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:</b>	<b>Relación con el paciente</b> <input type="checkbox"/> El mismo paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a		
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	
Dirección postal (no se aceptan PO Boxes)	Ciudad	Estado	Condado	Código Zip
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esa dirección?	¿Está empleado actualmente?		¿Desde hace cuánto tiempo?	
Teléfono de casa	Teléfono celular		Otro contacto	

<b>3. INFORMACIÓN GENERAL</b>				
¿Tiene el paciente un tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contestó sí, proporcione la información del tutor a continuación)				
Apellido	Nombre	<b>Relación con el paciente</b> <input type="checkbox"/> El mismo paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección postal	Apartamento/Suite	Ciudad	Estado	Código Zip

<b>4. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Y LA SITUACIÓN DE VIVIENDA</b> (Para la persona responsable financieramente por la cuenta, si es diferente al paciente)	
Incluido usted mismo/a, ¿cuántas personas viven en su hogar? _____	
¿Cuántos miembros del hogar contribuyen a sus finanzas? _____	
¿Es dueño/a de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está viviendo en la residencia de un progenitor o de otro adulto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Paga renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuánto paga de renta al mes? _____	
¿Cómo paga la hipoteca/renta? _____	
¿Intercambia trabajo por gastos de renta/vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Por favor, explique: _____	
¿Recibe todo o parte del apoyo financiero de los miembros adultos de la residencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está recibiendo alguno de los siguientes tipos de apoyo financiero? Marque todas las que apliquen.	
<input type="checkbox"/> Gastos de manutención	
<input type="checkbox"/> Cuentas médicas	
<input type="checkbox"/> Otro _____	
Monto total estimado de apoyo financiero: \$ _____ /mes o \$ _____ / año	

¿Recibe actualmente asistencia financiera por asistir a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto total estimado de apoyo financiero: \$ _____/semestre o \$ _____/ año
¿Recibe actualmente apoyo del gobierno? Marque todas las que apliquen. <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda <input type="checkbox"/> Pago de lesión laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios sociales/WIC <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar): _____
¿Su padre/madre o tutor lo declara como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Presentó la declaración de impuestos el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Fue su ingreso bruto ajustado inferior a \$12,550? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**5. INFORMACIÓN DE EMPLEO Y SEGURO MÉDICO**  
*(Para el paciente en la cuenta)*

¿Está empleado/a actualmente o estuvo empleado/a en el momento en que recibió su servicio médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su empleador ofrece seguro médico a sus empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está cubierto/a por este seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, explique por qué. _____
¿Está empleado/a actualmente su cónyuge/pareja doméstica (o padre/madre, si el paciente es menor de edad) o estaba empleado/a en el momento en que recibió su servicio médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El empleador de su cónyuge/pareja doméstica (o padre/madre, si el paciente es menor de edad) ofrece seguro médico a sus empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está cubierto/a por este seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, explique por qué. _____

**6. OTROS PROGRAMAS**  
*(Para el paciente en la cuenta)*

¿Ha solicitado alguno de los siguientes programas a continuación en los 12 meses anteriores a esta solicitud? Marque todos los programas que apliquen. <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Familias saludables <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado básico de adultos <input type="checkbox"/> Víctimas de crímenes violentos <input type="checkbox"/> Discapacidad del estado
---

**7. INGRESOS Y ACTIVOS**  
*(Para la persona responsable financieramente por la cuenta, si es diferente al paciente)*

¿Tiene/posee alguno de los siguientes?: (Marque todos los que se apliquen a usted) <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Tarjetas de crédito <input type="checkbox"/> Cuenta de inversion <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos <input type="checkbox"/> Caja de seguridad
---

**8. DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO****(REQUERIDO PARA TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR QUE CONTRIBUYEN A SUS FINANZAS)**

Se podría denegar la solicitud si no se proporcionan todos los documentos. Si no dispone de algún documento, explique por qué.

- Copia de la declaración de impuestos firmada (formulario 1040) que presentó por última vez para cada miembro de su hogar que hizo su declaración de impuestos.
- Talones de sueldo actuales (los dos últimos periodos de pago)
- Prueba de pagos de renta/hipoteca de los últimos tres meses
- Los estados de cuenta más reciente para todas las cuentas de inversión
- Los estados de cuenta bancaria de los últimos tres meses, todas las páginas, de cuentas corrientes y de ahorro.
- Expediente y asistencia financiera escolar (si corresponde)
- Copia de carta de otorgamiento de seguro social, discapacidad, pensión y/o desempleo (si corresponde)
- Copia de orden judicial de pensión de manutención infantil o talón de depósito (si corresponde)

**9. COMENTARIOS**

Ingrese cualquier información adicional que desee indicar que no se refleje en esta solicitud.

**10. FIRMA Y FECHA (REQUERIDA DEL SOLICITANTE)**

Yo certifico que toda la información es verdadera y completa, y por el presente autorizo a John Muir health a solicitar un informe crediticio y/o verificar la información anterior según sea necesario. Entiendo que las solicitudes incompletas, incluida cualquier solicitud a la que le falte una firma, podrá ser denegada. Acepto notificar a John Muir Health de cualquier cambio en mis circunstancias personales que pueden afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera.

**Firma del solicitante**

---

**Fecha**

---

**POR FAVOR ENVIE LA SOLICITUD Y TODA LA INFORMACIÓN A:**

**JOHN MUIR HEALTH  
5003 COMMERCIAL CIRCLE  
CONCORD, CA 94520  
ATTN: SINGLE BUSINESS OFFICE**

**Su Solicitud de asistencia para pacientes  
completada, junto con la documentación  
requerida, debe hacerse llegar a más tardar  
30 días después de recibir esta carta**

**Por favor recuerde completar toda la solicitud y enviarla  
junto con los documentos requeridos que se indican en la  
carta explicativa.**

**Es posible que las solicitudes incompletas no cumplan los requisitos de calificación del  
programa.**

**Si no se reciben su solicitud y los documentos en la fecha indicada antes, se asumirá  
que ha decidido no continuar con su solicitud, y se cerrará.**

**Por favor comuníquese con el Servicio al cliente al 925-947-3336 si:**

- **Tiene preguntas sobre la solicitud**
- **Necesita asistencia para completar su solicitud**
- **Necesita más tiempo para completar su solicitud**