



El Ridgecrest Regional Hospital cuenta con un Programa de Asistencia Financiera para pacientes, que podría ayudarlo a pagar su factura. Encontrará adjunta una Solicitud de asistencia financiera para que la complete.

**Complete el formulario de Solicitud de asistencia financiera en su totalidad y envíelo junto con su prueba de ingresos, *de todos los miembros de su familia*. Para la prueba de ingresos, necesitará proporcionar al menos uno de los siguientes:**

- dos recibos de nómina recientes;
- una copia de su formulario W-2 más actual;
- un estado de cuenta bancaria reciente (si tiene depósito directo).

Si no tiene ingresos, deberá proporcionar una declaración que indique cómo satisface sus necesidades diarias, desde el punto de vista económico. Si recibe asistencia financiera de alguien para satisfacer sus necesidades diarias, pídale a esa persona que escriba una declaración en la que indique que le proporciona asistencia y la forma en la que lo hace.

Tenga en cuenta que, para que lo consideren para este programa, debe enviar el formulario de Solicitud de asistencia financiera con la prueba de ingresos correspondiente. La aceptación en este programa se decide según las pautas federales de pobreza. Le hemos proporcionado un sobre con franqueo pagado y autodirigido en el que deberá enviar el formulario de Solicitud de asistencia financiera y toda la documentación necesaria.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse conmigo llamando al número que figura más abajo. Estoy en la oficina de 7:30 a 4:00, de lunes a viernes.

Atentamente.

Patricia Townsley  
Personal Pay Patient Representative  
Ridgecrest Regional Hospital  
901 Heritage blvd  
Ridgecrest, CA 93555  
760-499-3010

# RIDGECREST REGIONAL HOSPITAL

## Solicitud de asistencia financiera

1081 N. China Lake Blvd, Ridgecrest, Ca 93555

Cuenta n.º \_\_\_\_\_

**Para ser considerado para la asistencia financiera, debe proporcionar información completa.**

### Información del paciente

### Información del padre/madre/cónyuge/garante

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Ingresos netos mensuales: \_\_\_\_\_

Ingresos netos mensuales: \_\_\_\_\_

Cantidad de dependientes: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Incluya todos los demás ingresos: \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

Si está desempleado, ¿cuál es su fuente de ingresos? \_\_\_\_\_

(Esta pregunta debe responderse si la fuente de ingresos es cero)

Tiene una \_\_\_\_\_ cuenta de cheques Saldo actual \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cuenta de ahorros Saldo actual \$ \_\_\_\_\_

**Debe proporcionar un estado de cuenta bancaria, un recibo de nómina o una declaración de impuestos sobre la renta actuales.**

Afirmo que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Comprendo que si se oculta información o se proporciona información falsa, el paciente o la parte responsable deberán hacerse cargo del pago de todos los cargos por servicios.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

revisado en 3/2001

**Se deben completar todas las líneas. Si no corresponde, indíquelo.**

El monto de descuento se determina según el nivel de ingresos y las pautas federales de pobreza. Consulte la política del Programa de Asistencia Financiera, disponible en nuestro sitio web, para obtener un listado completo de los servicios cubiertos. Algunos honorarios profesionales de médicos no están cubiertos en virtud de esta política.

Si tiene alguna pregunta, llame al 760-499-3010



## **Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera del hospital**

De conformidad con la filosofía y la misión del Ridgecrest Regional Hospital ("RRH"), es la política del RRH ofrecer asistencia financiera a pacientes que no pueden pagar sus facturas hospitalarias debido a situaciones económicas difíciles. Un asesor financiero o un representante de la Oficina comercial del RRH revisarán cada caso y tomarán una determinación sobre la asistencia financiera, la cual podría ofrecerse antes, durante o después de la prestación de servicios. Luego de la verificación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, el RRH les ofrecerá atención caritativa (es decir, atención gratuita) o atención con descuento a los pacientes hospitalizados y ambulatorios del hospital, de acuerdo con la Política de asistencia financiera del RRH u otras políticas aplicables para los servicios necesarios desde el punto de vista médico.

### **Pautas de la asistencia financiera**

- La asistencia financiera solo está disponible para la atención médica de emergencia y la atención necesaria desde el punto de vista médico proporcionadas por el Ridgecrest Regional Hospital (consulte la Política de asistencia financiera del RRH para obtener la definición de "necesario desde el punto de vista médico" y "proveedores cubiertos y no cubiertos").
- Según se describe a continuación, la elegibilidad se determina después de la revisión de las circunstancias financieras del solicitante.
- Antes de solicitar la asistencia financiera del RRH de acuerdo con su Política de asistencia financiera, deben agotarse todos los recursos de pagadores alternativos, incluidos los pagadores gubernamentales (es decir, Medicare, Medi-Cal, etc.).

### **Documentación obligatoria**

Para que una solicitud presentada se considere completa, debe incluir lo siguiente:

- Solicitud de asistencia financiera completada y firmada;
- dos recibos de nómina recientes;
- una copia de su formulario W2 más actual.

Si no tiene ninguna fuente de ingresos, debe incluir una carta donde indique cómo satisface sus necesidades diarias, desde el punto de vista económico. Si recibe asistencia financiera de alguien para satisfacer sus necesidades diarias, pídale a esa persona que escriba una declaración en la que indique que le proporciona asistencia y la forma en la que lo hace.

### **Calificaciones del programa**

- La asistencia financiera se les proporcionará a una persona o a una familia cuyos ingresos brutos anuales no superen el 300 % del nivel federal de pobreza (consulte la Política de asistencia financiera para obtener la definición de "ingresos brutos anuales").
- Una persona o una familia cuyos ingresos brutos anuales correspondan al 100 % o menos del nivel federal de pobreza calificarán para recibir el 100 % de la asistencia financiera.
- Una persona que califique para recibir asistencia financiera no deberá pagar montos que superen los indicados en la Política de asistencia financiera.

### **Cómo acceder a la asistencia financiera o cómo solicitarla**

- Las copias de la Política y la Solicitud de asistencia financiera están disponibles en línea en <http://rrh.org/info-resources/#tab-1415596352-2-94>.
- También podrá conseguir copias de estos documentos en todos los centros de registro del Ridgecrest Regional Hospital.
- Todos los documentos se proporcionan sin cargo.
- Para obtener copias de estos documentos en persona o por correo postal, hacer preguntas, recibir asistencia para completar una solicitud de asistencia financiera o presentar una solicitud de asistencia financiera completada, comuníquese con la oficina comercial del Ridgecrest Regional Hospital a través de los siguientes métodos:
  - Por teléfono: 760-499-3010
  - Por correo postal o en persona: 1081 N. China Lake Blvd., Ridgecrest, CA 93555

### **Idiomas**

Todos los avisos/comunicaciones proporcionados en virtud de esta política estarán disponibles en los idiomas principales del área de servicio del hospital, de conformidad con todas las leyes y reglamentaciones estatales y federales correspondientes.