



Entendemos que actualmente no tiene seguro médico. Avísenos de inmediato si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra cobertura. Ridgecrest Regional Hospital ("RRH") participa en el programa de presunta elegibilidad de hospitales de Medi-Cal (Medicaid), lo que significa que usted puede calificar para la cobertura inmediata de los servicios médicamente necesarios de Medi-Cal mientras espera la cobertura permanente de Medi-Cal (Medicaid). También puede ser elegible para un seguro médico con Covered California o mediante el programa California Children's Services (Servicios para los Niños de California). Nuestro personal de admisiones puede ayudarlo con estas solicitudes. Asimismo, RRH ofrece el programa Patient Financial Assistance (asistencia económica para pacientes) que puede ayudarlo a pagar su factura. Adjunto encontrará un formulario de solicitud de asistencia económica para completar. Si le interesa obtener información acerca de nuestros cargos, puede visitar nuestro sitio web para ver una lista de "Shoppable Services" (servicios comprables según la definición de la ley) en <https://www.rrh.org/patients-visitors/billing/> y hacer clic en el enlace de la herramienta de cálculo de precios.

**Llene el formulario de solicitud de asistencia económica en su totalidad y devuélvalo con el comprobante de ingresos *de todas las personas de su grupo familiar*. Como comprobante de sus ingresos tendrá que proporcionar al menos uno de los siguientes documentos:**

- Dos recibos de sueldo recientes.
- Una copia de su formulario W-2 más reciente.
- O un estado de cuenta bancario reciente (si tiene depósito directo).

Si no tiene ingresos, tendrá que presentar una declaración sobre cómo cubre económicamente sus necesidades diarias. Si alguien le da asistencia económica para sus necesidades diarias, pídale que escriba una declaración en la que indique que lo ayuda y cómo lo hace.

Tenga en cuenta que debe devolver el formulario de solicitud de asistencia económica con el comprobante de ingresos correspondiente para que se lo considere para este programa. La aceptación en este programa se decide basándose en las directrices federales de pobreza. Le hemos proporcionado un sobre con la dirección y franqueo pagado en el que puede devolver el formulario de solicitud de asistencia económica y toda la documentación necesaria. Si ha solicitado otro programa de cobertura médica, puede seguir solicitando este programa de asistencia económica de RRH, y ninguna de las solicitudes impedirá que sea elegible para el otro programa. Sin embargo, indique qué programas ha solicitado.

Hay otras organizaciones que también pueden ayudarlo a entender el proceso de facturación y pago, como Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org>). Además, si se rechaza su solicitud de asistencia económica de RRH, puede ponerse en contacto con la persona que suscribe o con el administrador del ciclo de ingresos del hospital.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse conmigo al número de abajo. Estoy en la oficina de lunes a viernes, entre las 7:30 y las 4:00.

Atentamente,

Patricia Townsley  
Representante de Personal Pay Patient (Pacientes de pago personal)  
Ridgecrest Regional Hospital  
901 Heritage Blvd  
Ridgecrest, CA 93555  
760-499-3010

**RIDGECREST REGIONAL HOSPITAL**  
**Solicitud de asistencia económica**

1081 N. China Lake Blvd, Ridgecrest, Ca 93555

N.º de cuenta \_\_\_\_\_

**Toda la información debe estar completa para que lo consideren para la asistencia económica**

***Información del paciente  
cónyuge/garante***

***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 bancario, un recibo de pago o una declaración de impuestos sobre la renta actuales.**

Declaro 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 3/2001

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

La cantidad de descuento se determina según el nivel de ingresos y las directrices federales de pobreza. Consulte la política del Programa de asistencia económica, disponible en nuestro sitio web para obtener un listado completo de los servicios cubiertos. No todas las tarifas profesionales de los médicos están cubiertas en virtud de la política de asistencia económica.

Preguntas: Llame al 760-499-3010.