



## Solicitud de ayuda económica

Sabemos que puede elegir y agradecemos la oportunidad que nos ha dado de cuidar de usted o de un ser querido. Entendemos que las facturas médicas pueden ser abrumadoras a veces, por lo que, para ayudar con esto, Tahoe Forest Health System ofrece un programa de ayuda económica. Este programa puede ayudar a los pacientes que califiquen y que puedan tener dificultades para cumplir sus obligaciones económicas asociadas con los servicios de atención médica recibidos en el Sistema de salud.

Adjunto encontrará una solicitud de ayuda económica. Tómese el tiempo para completar la solicitud, adjuntar los documentos solicitados, escribir sus iniciales en la lista de verificación y devolver la solicitud completada. Comprenda que toda la información solicitada es necesaria para determinar la elegibilidad para este programa. La solicitud y la información de respaldo son su oportunidad de expresar su necesidad de asistencia económica mediante el Sistema de salud.

Cuando hayamos recibido la solicitud completada, deje que transcurran hasta 90 días para el procesamiento. Cuando se haya procesado la solicitud, recibirá una carta por correo postal con el resultado de su solicitud, en la que se indicará si se aprobó la ayuda económica total, la ayuda económica parcial o si se denegó. Los servicios de urgencia y de emergencias tienen prioridad sobre los servicios electivos. Si solicita servicios que no son de emergencia, le pedimos que deje pasar más tiempo para considerarlos. Es posible que se le pida que haga arreglos de pago hasta que se pueda tomar una determinación. El Sistema de salud ofrece opciones de planes de pago flexibles mediante HELP Financiera. Tenga en cuenta que solo las cuentas de Tahoe Forest Health System son potencialmente elegibles para este programa.



## **Solicitud de ayuda económica**

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud, los documentos solicitados, necesita ayuda con la solicitud o quiere establecer un plan de pago, comuníquese con uno de nuestros asesores financieros al (530)-582-6458.

Gracias.

Su Equipo de Consejería Financiera

Atención: Si necesita ayuda en su idioma llame al 530-582-6458, donde los pacientes pueden obtener más información o visite 10121 Pine Avenue Truckee, CA 96161. La oficina está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. También hay disponible ayuda y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Esos servicios son gratuitos.

Nota: Autoridad citada: Sección 127010, Código de Salud y Seguridad. Referencia: Secciones 127405, 127410, 127425 y 127430, Código de Salud y Seguridad.

## Solicitud de ayuda económica

### Instrucciones:

- 1. Complete la solicitud adjunta.** Si un área no corresponde, escriba N/A. Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, adjunte una página más. El tamaño de la familia se determina por el número de personas listadas en la declaración de impuestos, incluyendo el cónyuge o los dependientes. La solicitud debe estar firmada y fechada para que se considere completa.
- 2. Adjunte todos los documentos necesarios. Las solicitudes deben incluir:**
  - a. Carta de dificultades** explicando por qué solicita la ayuda y cualquier circunstancia especial que demuestre la necesidad. Comente su situación de vida, gastos, cualquier circunstancia inusual, etc. Indique la naturaleza de los servicios para los que solicita asistencia (por ejemplo, visita a la sala de emergencias, operación, servicios electivos, etc.). Cuanta más información dé explicando su situación, mejor podrá el Sistema de salud determinar la necesidad de ayuda económica.
  - b. Documentos que prueben los ingresos:**
    - i. Si presentó una declaración de impuestos sobre la renta federal debe presentar una copia de:**
      1. Declaración de impuestos federales (Formulario 1040). Debe incluir todos los anexos (por ejemplo, el Anexo C para trabajadores por cuenta propia) y archivos adjuntos, tal como se presentaron al Servicio de Impuestos Internos para que su solicitud se considere completa. No se exigen impuestos estatales.
      2. Si está casado y presenta la declaración por separado, debe incluir ambas series de impuestos.
      3. Las declaraciones de impuestos recientes son las que documentan los ingresos de un paciente correspondientes al año en que se le facturó por primera vez o a los 12 meses anteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez.
    - ii. Si no presentó una declaración de impuestos federales, debe presentar:**
      1. Talonarios de pago en un plazo de 6 meses antes o después de que el hospital facture por primera vez al paciente o, si se trata de un servicio previo, cuando se presente la solicitud.
      2. Una carta explicando por qué no presentó una declaración de impuestos federales sobre ingresos.
      3. Tres (3) estados de cuenta bancarios más recientes.
    - iii. Si no tiene ninguna documentación de ingresos, explique cómo se mantiene a usted mismo/su familia en la carta de dificultades.**
    - iv. Cualquier otra documentación de ingresos, como contribuciones a la cuenta IRA, fondos del Seguro Social, etc.**
- 3. Escriba sus iniciales en la lista de verificación** para asegurarse de que se adjuntan todos los documentos solicitados. Si el punto no se aplica a su caso, ponga N/A.
- 4. Presente la solicitud completada** con todos los documentos a la dirección mencionada abajo, o entréguela en el mostrador del lobby principal del hospital en el plazo de 30 días a partir de su recepción.



## Solicitud de ayuda económica

**Devuelva su solicitud completada antes del:**

**Correo postal:**

Tahoe Forest Hospital District  
Financial Counseling  
PO BOX 759  
Truckee, CA 96160

-0-

**Personalmente:**

Tahoe Forest Hospital  
Financial Counseling  
10121 Pine Ave  
Truckee, CA 96161



## Solicitud de ayuda económica

### Lista de verificación

*Escriba sus iniciales en la línea en la que cada artículo esté completado e incluido en su solicitud o ponga N/A.*

#### Para todos los solicitantes:

- \_\_\_\_\_ Formulario de solicitud firmado y completado
  - \_\_\_\_\_ Carta de dificultades
  - \_\_\_\_\_ Otras constancias de ingresos (haga una lista): \_\_\_\_\_
- 

#### Si presentó una declaración de impuestos federales:

- \_\_\_\_\_ Declaración del impuesto sobre la renta federal completa  
(Formulario 1040) del año más reciente
  - \_\_\_\_\_ Anexo C, si trabaja por cuenta propia
  - \_\_\_\_\_ Otros anexos (haga una lista): \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ Declaración de impuestos del cónyuge, si está casado y declara por separado
- 

#### Si no presentó una declaración de impuestos sobre la renta:

- \_\_\_\_\_ Talones de cheques de pago recientes
- \_\_\_\_\_ Carta explicando por qué no presentó los impuestos federales

Para los pacientes que soliciten únicamente la elegibilidad para el programa de pago con descuento, el hospital solamente podrá solicitar talonarios de pago o declaraciones de impuestos sobre ingresos recientes como documentación de ingresos. El hospital podrá aceptar otras formas de documentación de los ingresos, pero no las exigirá. Los pacientes que solamente soliciten la elegibilidad para el programa de pago con descuento pueden recibir menos ayuda económica que la que puede estar disponible según el programa de ayuda benéfica.

Nota: Autoridad citada: Secciones 127010 y 127435, Código de Salud y Seguridad.

Referencia: Sección 127405, Código de Salud y Seguridad.



TAHOE  
FOREST  
HOSPITAL  
DISTRICT

## Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente/garante		Número del Seguro Social del paciente/garante	
Nombre del cónyuge		Fecha de nacimiento del paciente/garante	
Dirección postal		Teléfono de casa/celular	
		Teléfono del trabajo	

### CUENTAS

Haga una lista de todas las cuentas para las que solicita asistencia:		

¿TIENE ALGÚN ENCUENTRO MSC (CLÍNICA MULTIESPECIALIDAD) RELACIONADO PARA QUE SE LE TENGA EN CUENTA? SÍ / NO

### SITUACIÓN FAMILIAR

Haga una lista de todos los dependientes que usted apoya		
Nombre	Edad	Relación
1		
2		
3		
4		
5		

### SITUACIÓN LABORAL

Empleador del paciente/garante	Puesto
Persona de contacto	Teléfono



## Solicitud de ayuda económica

Empleador del cónyuge	Puesto
Persona de contacto	Teléfono

<b><u>INGRESOS</u></b>		
	Paciente/Garante	Cónyuge
1. Sueldos y salarios brutos/año (antes de las deducciones)		
2. Ingresos de un trabajador por cuenta propia/año		
Otros ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Arrendamientos y rentas de bienes inmuebles		
5. Seguro Social		
6. Pensión alimenticia		
7. Manutención de menores		
8. Desempleo/Discapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las otras fuentes (adjunte la lista)		
<b>Ingresos totales (sume las líneas 1 - 10 de arriba)</b>		

<b><u>GASTOS INUSUALES</u></b>	
Dé información de cualquier gasto inusual como facturas médicas, quiebra, sentencias judiciales o pagos de acuerdos (adjunte una lista si es necesario).	
Descripción	Cantidad



## Solicitud de ayuda económica

### Página de firmas

Firmando abajo, yo/nosotros declaro/declaramos que toda la información que se dio es verdadera y correcta según mi/nuestro conocimiento. Yo/Nosotros autorizo/autorizamos a Tahoe Forest Hospital District para que verifique cualquier información mencionada en esta solicitud. Yo/Nosotros expresamente doy/damos permiso para contactar a mi/nuestro empleador.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge                                      Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL

Solicitud revisada por:

Fecha:

Aprobado:  Sí  No

Motivo de la denegación \_\_\_\_\_

Revisado el 11/2024