



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.

Adjunta encontrar una solicitud de ayuda económica. Tómese el tiempo para completar la solicitud, adjuntar los documentos solicitados 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 ayuda 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 o 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 mediante 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 Orientación 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 gratis.

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

Programa de Quejas de Facturación de Hospitales: El Programa de Quejas de Facturas de Hospitales es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura de hospital. Si cree que la ayuda económica le fue denegada erróneamente, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas de Facturas de Hospitales. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Ayuda para pagar su factura. Hay organizaciones de defensa del consumidor gratis que lo ayudarán a entender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar <https://healthconsumer.org> para obtener más información.



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 la cantidad de personas indicadas 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** que explique 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 ayuda (por ejemplo, visita a la sala de emergencias, operación, servicios electivos, etc.). Cuanta más información dé que explique su situación, mejor podrá el Sistema de salud determinar la necesidad de ayuda económica.
 - b. **Documentos que prueben los ingresos (declaración de impuestos federales o talonarios de pago)**
 - i. **Impuestos federales:**
 1. Declaración de impuestos federales sobre la renta (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. **O talonarios de pago**
 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.
 - iii. **Si no tiene ninguna documentación que pruebe ingresos, explique cómo se mantiene a usted mismo/su familia en la carta de dificultades.**

3. **Presente la solicitud completada** con todos los documentos a la dirección mencionada abajo, o entréguela en el mostrador del lobby principal del hospital.

Devuelva su solicitud completada por:

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

-o-

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



TAHOE
FOREST
HOSPITAL
DISTRICT

Solicitud de ayuda económica

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 la renta 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 atención caritativa.

Tenga en cuenta: Autoridad citada: Secciones 127010 y 127435, Código de Salud y Seguridad.
Referencia: Sección 127405, Código de Salud y Seguridad.

El código QR de abajo es un Aviso de disponibilidad. Si no puede acceder a este, comuníquese con nuestro Departamento de Orientación Financiera (Financial Counseling Department). 530-582-6458 FinancialCounselors@tfhd.com



Nombre del paciente/garante		Número de 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 ayuda:		

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

SITUACIÓN FAMILIAR

Haga una lista de todos los dependientes que usted apoya		
Nombre	Edad	Relación
1		



Solicitud de ayuda económica

2		
3		
4		
5		

SITUACIÓN LABORAL

Empleador del paciente/garante		Puesto
Persona de contacto		Teléfono
Empleador del cónyuge		Puesto
Persona de contacto		Teléfono

INGRESOS

	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		



Solicitud de ayuda económica

9. Asistencia pública		
10. Todas las otras fuentes (adjunte la lista)		
Ingresos totales (sume las líneas 1 - 10 de arriba)		

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

Página de firmas

Con mi/nuestra firma 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 07/2025