Stanford MEDICINE Children's Health | Lucile Packard Children's Hospital Stanford

Solicitud de asistencia económica

Stanford Medicine Children's Health ofrece una variedad de opciones para pacientes que no tienen seguro médico o tienen un seguro médico insuficiente.

Nuestras opciones de asistencia económica incluyen lo siguiente:

No requiere solicitud

- **Descuentos para la gente sin seguro médico**
  Algunos servicios podrían estar excluidos.
- **Planes de pago sin interés**
  Los saldos deben pagarse generalmente dentro de un periodo de 6 meses.

Requiere solicitud

- **Descuentos según necesidad financiera**
  Descuentos a una tasa comparable a la de nuestros pagadores gubernamentales. Algunos servicios podrían estar excluidos.
- **Asistencia económica completa**
  100% de la parte que debe pagar el paciente. Algunos servicios podrían estar excluido.
- **Planes de pago extendidos sin intereses**
  Disponibles para pacientes que califiquen para descuentos por necesidad financiera.

La asistencia económica se basa en la necesidad. Podría incluir un descuento o asistencia económica completa. Para ser considerado para la asistencia económica, debe proporcionar todos los documentos que se indican en la siguiente lista:

- **Una solicitud completa**
- **Prueba de ingresos**
- **Comprobante de gastos médicos incurridos fuera de Stanford Medicine Children's Health**

Una vez que recibamos su solicitud completa, evaluaremos si califica para programas estatales o del condado. Si determinamos que no califica para estos programas, revisaremos su solicitud de asistencia económica para determinar si reúne los requisitos para un descuento por necesidad económica o asistencia económica completa.

Los pacientes que califiquen podrían recibir asistencia para las facturas hospitalarias por los servicios proporcionados por Stanford Medicine Children's Health y las facturas médicas por los médicos empleados por Stanford University.

Los descuentos por necesidad económica y la asistencia económica completa no están disponibles para todos los servicios. La consideración para servicios futuros se basará en la necesidad médica y en los costos catastróficos.

Al considerar la asistencia económica, nuestra prioridad principal es asistir a quienes han recibido servicios de emergencia. En segundo lugar, asistimos a quienes han recibido o recibirán servicios médicamente necesarios, no de emergencia, incluidos en una de las dos categorías siguientes:

A. **Categoría 1**
Stanford Medicine Children's Health es el hospital más cercano al hogar del paciente o lugar de trabajo; o

B. **Categoría 2**
Stanford Medicine Children's Health no es el hospital más cercano al domicilio o lugar de trabajo del paciente, pero se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

a. El paciente tiene una afección única o inusual que requiere tratamiento en Stanford Medicine Children's Health según lo determine el director de Calidad e Información Médica de SMCH.

b. La atención del paciente contribuiría a la misión educativa de las instituciones, según lo determine el director de Calidad y el director médico de SMCH.

043812|P003678|0125

Información importante requerida con la solicitud

Prueba de ingresos (POI)

Le solicitamos amablemente que proporcione la siguiente información o una explicación de por qué no está disponible. La falta de documentación podría retrasar el procesamiento de su solicitud y podría derivar en la denegación de la asistencia.

A continuación, se detalla una lista de la documentación de POI requerida según el tipo de ingreso. Debe proporcionar los documentos requeridos para ser considerado para la asistencia económica de SMCH.

Tipo de ingresos	Documentos requeridos
Ingreso por empleo	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual • Copia de los dos talones de pago más recientes
Trabajo autónomo	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual
Seguro social/Jubilación	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual • Copia de la carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social indicando el pago mensual • Copia de la notificación mensual de pago emitida por la Administración del Seguro Social
Discapacidad	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual • Copia de la carta de adjudicación de discapacidad indicando el pago mensual por discapacidad • Copia de la notificación mensual de pago emitida por el programa de discapacidad
Desempleo	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual • Copia de la carta de adjudicación de desempleo indicando el monto del beneficio semanal o mensual • Copia de la notificación mensual de pago emitida por el programa de desempleo
Pensión alimenticia/Manutención de menores	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual • Copia de la carta indicando el monto mensual adjudicado
Propiedades en alquiler	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual
Ingreso por inversión	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual
Prueba de dependientes	• Copia de la declaración de impuestos individual (formulario 1040) correspondiente al año fiscal actual

Se hará todo esfuerzo razonable para procesar su solicitud con prontitud. Una vez que su solicitud se haya revisado, recibirá una carta confirmando el resultado.

Envíe su solicitud completa, junto con toda la documentación de respaldo requerida, a la siguiente dirección:

Stanford Medicine Children's Health
Attention: Patient Financial Assistance
4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025

Las solicitudes y la documentación también se pueden enviar por fax al: (650) 497-8610 o por correo electrónico a:
PFA@stanfordchildrens.org

043812|P003678|0125

Solicitud de asistencia económica

Escriba toda la información en imprenta

Fecha de la solicitud: _____

1. INFORMACIÓN FAMILIAR | Proporcione los nombres de todas las personas que serán consideradas para la asistencia económica

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Si el paciente es menor de edad, enumere a los padres/tutores como solicitante y cosolicitante.

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)

Relación con el paciente	Estado civil
☐ Usted ☐ Cónyuge/pareja de hecho ☐ Padre ☐ Otro: _____	☐ Soltero ☐ Casado/pareja de hecho ☐ Divorciado ☐ Separado

Apellido	Primer nombre		Inicial segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cantidad de dependientes (además de usted y el cosolicitante)	Edad de los dependientes	Teléfono particular (xxx) xxx-xxxx	Celular (xxx) xxx-xxxx

Dirección (No poner PO Box)	Ciudad	Estado	Condado	Código postal

Empleador actual	Dirección, ciudad, estado	Puesto

* Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado desempleado?

043812|P00367|01125

Si marcó «sí» en la opción «Casado o pareja de hecho»: Complete la sección 3.

3. INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE (GARANTE)

Relación con el paciente

☐ Usted ☐ Cónyuge/pareja de hecho ☐ Padre ☐Otro: _____

Apellido	Primer nombre		Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cantidad de dependientes (además de usted y el cosolicitante)	Edad de los dependientes	Teléfono particular (xxx) xxx-xxxx	Celular (xxx) xxx-xxxx

Dirección (No poner PO Box)	Ciudad	Estado	Condado	Código postal

Empleador actual	Dirección, ciudad, estado	Puesto

* Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado desempleado?

4. OTRAS PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA | Todas las respuestas son relativas al paciente *(continuación)*

		Marque la respuesta correspondiente
1.	El paciente solicita asistencia con las facturas de: Servicios pasados: (Indique las fechas: _____) Servicios futuros: (Indique las fechas: _____)	☐ Sí ☐ No
2.	¿El paciente tiene seguro médico? **Si la respuesta es «sí», proporcione la siguiente información:** Número de seguro médico: _____ Nombre del suscriptor: _____ Número de identificación del miembro/paciente: _____ Número de grupo: _____ Nombre del grupo/empleador: _____ Fecha de vigencia: _____ Número de teléfono del seguro médico: _____	☐ Sí ☐ No
3.	¿El paciente cumple con los requisitos para un programa estatal de asistencia médica? **Si la respuesta es «sí», proporcione la siguiente información:** Nombre del programa: _____ Condado: _____ Número de identificación del paciente: _____	☐ Sí ☐ No

(continúa en la página siguiente)

4. OTRAS PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA | Todas las respuestas son relativas al paciente *(continuación)*

		Marque la respuesta correspondiente
4.	¿El paciente está recibiendo tratamiento por lesiones cubiertas por la compensación laboral? **Si la respuesta es «sí», proporcione la siguiente información:** Nombre de la aseguradora de compensación laboral: _____ Nombre del ajustador: _____ Número de teléfono del ajustador: _____ Fecha de la lesión: _____ Número de reclamo/caso: _____	☐ Sí ☐ No
5.	¿El paciente está recibiendo tratamiento por lesiones cubiertas por responsabilidad de terceros, como, por ejemplo, una compañía de seguros de automóvil? **Si la respuesta es «sí», proporcione la siguiente información:** Nombre del seguro de automóvil o abogado: _____ Número de teléfono del seguro de automóvil o abogado: _____ Fecha de la lesión: _____ Número de reclamo/caso: _____	☐ Sí ☐ No
6.	¿El paciente es víctima de un crimen? **Si la respuesta es «sí», proporcione la siguiente información:** Fecha de la lesión _____ Nombre del trabajador social: _____ Número de teléfono del trabajador social: _____ Número de caso: _____	☐ Sí ☐ No

5. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Fuentes de ingreso mensual	Solicitante	Cosolicitante	Ingreso mensual combinado (solicitante + cosolicitante)
Ingreso por empleo	$	$	$
Seguro social	$	$	$
Discapacidad	$	$	$
Desempleo	$	$	$
Pensión alimenticia/Manutención de menores	$	$	$
Propiedades en alquiler	$	$	$
Ingreso por inversión	$	$	$
Otros (use estos espacios)	$	$	$
		Ingreso mensual combinado total	$

043812|P003678|0125

6. SI NO TIENE INGRESOS MENSUALES, EXPLIQUE CÓMO CUBRE SUS GASTOS MENSUALES.

Utilice páginas adicionales si es necesario.

7. FIRMA

Certifico que toda la información es válida y completa y, por la presente, autorizo a Stanford Medicine Children's Health a solicitar o verificar los datos anteriores según lo considere necesario.

Solicitante	Fecha	Cosolicitante	Fecha

Envíe la solicitud completa a:

Stanford Medicine Children's Health
Attention: Patient Financial Assistance
4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025

O envíe un correo electrónico a:

PFA@stanfordchildrens.org

O envíe un fax al:

Fax: (650) 497-8610

043812|P003678|0125