

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MEDICA CARITATIVA

La Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura está comprometida en proveer la más alta calidad en cuidado de salud y servicios de urgencias a miembros de nuestra comunidad diversa. Nuestra misión es brindar excelente cuidado integral, económico y compasivo, en todo el Condado de Ventura.

Los hospitales de la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura, Centro Médico del Condado de Ventura (VCMC) y el Hospital de Santa Paula (SPH), y clínicas del hospital ofrecen el Programa de Atención Médica Caritativa para hospitales, cuidado ambulatorio y servicios de urgencias a pacientes que cumplan con la elegibilidad y valor de los bienes descritos en la tabulación de abajo, con conformidad al código de salud y seguridad de las secciones 127400 a 127446.

Programa de Atención Médica Caritativa

Disponibilidad del programa en lugares marcados con ●

Número de programa	% del Nivel de Pobreza Federal	Programa Caritativo en Clínicas FQHC	Programa Caritativo en clínicas No FQHC	Programa Caritativo en VCMC y SPH
1	0% to 100%	NO DISPONIBLE	●	●
2	100.01% to 138%	NO DISPONIBLE	●	●
3	138.01% to 150%	NO DISPONIBLE	●	●
4	150.01% to 200%	NO DISPONIBLE	●	●
5	200.01% to 400%	NO DISPONIBLE	●	●
6	Mas de 400%	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE

Quién es elegible:

- El paciente no cuenta con cobertura médica de terceros por parte de una agencia de salud, plan de servicio de salud, Medicare ó Medical como determinado y documentado por la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura.
- El paciente ha incurrido costos médicos de su bolsillo anuales de hospital que exceden menos de 10% de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses previos, ó gastos médicos anuales que excedan 10% de los ingresos familiares; y
- La lesión del paciente no es lesión compensada con propósitos de compensación al trabajador, seguro automovilístico ú otro tipo de seguro como determinado y documentado por la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura; y
- Los ingresos familiares del paciente no exceden el 400% del Nivel de Pobreza Federal; y
- Los bienes monetarios del paciente son menos de \$10,000.00 Bienes monetarios no deberan incluir compensación de jubilación ó planes de compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas internas ó planes no calificados de compensación diferida (Los primeros \$10,000.00 en bienes monetarios del paciente, y 50% en valores monetarios en exceso de \$10,000.00, no deberán de ser considerados en la determinación de elegibilidad).

Para solicitar por favor entregue los siguientes documentos:

- Comprobante de ingresos tal como forma W-2 ,talón de cheque ó declaración de impuestos
- Información de cuenta de banco ó de tarjeta de crédito personal/familiar(si alguna)
- Presupuesto de ingresos familiares y gastos de manutención.
- Información de factura médica reciente (si aplica).
- Identificación (licencia de conducir, tarjeta de identificación, ó pasaporte).

Si necesita asistencia con los requisitos de poliza y/ó la solicitud, nuestro personal estará contento de poder servirle. Proveemos servicios Bilingües é Interpretación.

Nuestro compromiso para valorar la diversidad de todas las personas y mostrar respeto é inclusividad para todos es facilitando participar y educar a nuestra comunidad, para mejorar la salud en general en nuestro condado. Aquí en la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura esperamos poder servirle.

Solicitud para Atención Médica Caritativa

Solicitante/Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ Cuenta
Nombre Apellido (si aplica) _____

Dirección: _____
Dirección Departamento/# de Unidad

Ciudad Estado Código Postal

Tel: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social ó Identificación individual de impuestos: _____
Mes/Día/Año

Empleador del Paciente: _____

Avalista/ Persona responsable de pagar: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____
Dirección Departamento/# de Unidad

Ciudad Estado Código Postal

Telefono: _____

Miembros de la Familia

Nombre y Apellido	Parentesco

Información de Ingresos

Fuentes de Ingreso:	Mensualidad Total en los últimos 12 Meses
Salario Total	\$
Si aplica Total de Otros Salarios Relacionados con el Trabajo: Beneficios de Huelga Desemleo Beneficios Militares	\$
Si aplica Salarios Relacionados con Juvilación: Seguro Social Pensiones Cuenta de Retiro Individual	\$
Otros (si alguna): Manutención de los Hijos Pago de Dividendos/Intereses Discapacidad Cuenta de fideicomiso Ingresos por intereses Otro	\$

Marque comprobante de ingresos adjunto:
 Forma W-2
Talón de cheque
Declaración de impuestos

Información de Cuenta Bancaria (si alguna)

Nombre del Banco/Sucursal	Tipo de Cuenta (Cheques, Ahorros, Primaria)	Número de Cuenta
		\$
		\$
		\$
Vehículos	Año	\$
Casas	Dirección	\$

Yo el solicitante/paciente doy consentimiento/estoy de acuerdo/entiendo que mi médico puede ser informado de esta solicitud por cuidado no compensado.

Yo el solicitante/paciente entiendo que se me puede pedir comprobar mis declaraciones en esta solicitud y que mi elegibilidad es sujeta a verificación por la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura contactando a mi empleador, verificando cuenta bancaria y compañías de tarjetas de crédito, y búsqueda de propiedades en línea.

Al entregar esta solicitud de Atención Médica Caritativa y como proporcionado por la ley federal, Yo el solicitante/paciente, pido que la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura determine mi elegibilidad por servicios no compensados, y entiendo que si la información proveída es determinada que es falsa, la Agencia de Salud Pública del Condado de Ventura negará elegibilidad del programa y negará prestación de servicios como servicios no compensados, y yo el solicitante/paciente seré responsable por cargos de servicios proporcionados.

Afirmó que las declaraciones hechas aquí son verdaderas y correctas a mi mejor entendimiento.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN SOLO PARA USO OFICIAL

HCA

Fecha

Imprima Nombre de Testigo

Fecha