

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA CARITATIVA

La Agencia de Atención Médica del Condado de Ventura (HCA, por sus siglas en inglés) está comprometida en proporcionar la más alta calidad de atención médica y servicios de emergencia a los miembros de nuestra comunidad diversa. Nuestra misión es proporcionar atención médica integral, económica y compasiva en todo el Condado de Ventura.

Los hospitales de HCA, el Centro Médico del Condado de Ventura (VCMC, por sus siglas en inglés) y el Hospital de Santa Paula (SPH, por sus siglas en inglés), así como las clínicas basadas en hospitales, ofrecen un Programa de Atención Caritativa para servicios hospitalarios, atención ambulatoria y servicios de urgencias a los pacientes que cumplan con las pruebas de elegibilidad y de activos descritas a continuación, de acuerdo con las Secciones 127400 a 127446 del Código de Salud y Seguridad.

Programa de Atención Médica Caritativa

UBICACIONES DE DISPONIBILIDAD DEL PROGRAMA MARCADAS 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	Más 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 o 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 propositos 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.

Para solicitar por favor entregue los siguientes documentos:

- Comprobante de ingresos tal como forma W-2 ,talón de cheque o declaración de impuestos
- Presupuesto de ingresos familiares y gastos de manutención.
- Información actual de la factura médica (si está disponible).
- Identificación (licencia de conducir, tarjeta de identificación, o pasaporte).

Si necesita asistencia con los requisitos de nuestra política del Programa de Atención Caritativa y/o la solicitud, nuestro personal estará encantado de asistirle. Proveemos servicios bilingües e interpretación.

Nuestro compromiso de valorar la diversidad de todas las personas y ser respetuosos e inclusivos con todos se facilita mediante la participación y educación de nuestra comunidad, para mejorar la salud general de todos en nuestro condado. En la Agencia de Atención Médica del Condado de Ventura, esperamos poder servirle.

Solicitud para el Programa de Atención Caritativa

Solicitante/Paciente
Nombre: _____ Fecha: _____ Cuenta
Nombre *Apellido* (si aplica) _____

Dirección: _____
Dirección *Departamento/# de Unidad*

Ciudad *Estado* *Codigo Postal*

Tel: _____ Correo electrónico: _____

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

Empleador del Paciente: _____

Fiador/ Persona Responsable del Pago: _____
Nombre *Apellido*

Dirección: _____
Dirección *Departamento/# de Unidad*

Ciudad *Estado* *Codigo Postal*

Teléfono: _____

Miembros de la familia y del hogar

Nombre Completo	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 por Huelga Desempleo Beneficios Militares	\$ \$ \$ \$
Si aplica Salarios Relacionados con Jubilación: Seguro Social Pensiones Cuenta Individual de Jubilación	\$ \$ \$ \$
Pensión conyugal/Manutención de Hijos Dividendos/Intereses Discapacidad Cuenta fiduciaria Ingresos por intereses Otro	\$ \$ \$ \$ \$

Información Sobre Gastos Médicos

	Total

Gastos médicos: Adjunte los gastos no cubiertos en los últimos doce (12) meses:

Gastos médicos (si aplica)

Proveedor	Tipo (Copago, Coaseguro, Deducible, etc.)	Gastos - últimos 12 meses
		\$
		\$
		\$

Yo, el solicitante/paciente, doy consentimiento/estoy de acuerdo/entiendo que mi médico puede ser informado sobre esta solicitud de atención gratuita.

Yo, el solicitante/paciente, entiendo que se me puede pedir que demuestre las declaraciones realizadas en esta solicitud y que mi elegibilidad está sujeta a verificación por parte de HCA, contactando a mi empleador, banco y compañías de tarjetas de crédito para su confirmación.

Al presentar una solicitud para el Programa de Atención Caritativa y como lo establece la ley federal, yo, el solicitante/paciente, solicito que HCA determine mi elegibilidad para servicios no compensados, y entiendo que si la información que proporcioné se determina que es falsa, HCA negará la elegibilidad para el programa y negará la provisión de servicios como atención gratuita, y yo, el solicitante/paciente, seré responsable de los cargos por los servicios proporcionados.

Afirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN SOLO PARA USO OFICIAL

HCA

Fecha

Letra de molde del nombre del testigo

Fecha