



## **Instrucciones para la solicitud de atención de caridad y pagos con descuento**

Usted deberá presentar la información y los documentos indicados a continuación para que podamos revisar su solicitud de atención de caridad (atención gratuita) o pago con descuento (reducido, pero no atención gratuita) en Watsonville Community Hospital.

Llene todas las secciones de la solicitud e incluya los documentos obligatorios indicados a continuación. Puede presentar su solicitud cuando lo desee, incluso después de recibir su factura, siempre y cuando incluya un comprobante de sus ingresos, p. ej., recibos de pago recientes o su última declaración de impuestos.

Si solicita solo pago con descuento, deberá presentar sus recibos de pago recientes (de los 6 meses previos o posteriores a la primera factura) o su última declaración del impuesto sobre la renta (del año de facturación o de los 12 meses anteriores).

Si solicita atención de caridad y no puede presentar sus recibos de pago o declaración de impuestos, puede presentar entonces una declaración jurada firmada en la que detalle sus ingresos familiares.

Si califica para el pago con descuento, no se le cobrará más de lo que Medicare o Medi-Cal pagarían por los mismos servicios, el monto que resulte mayor.

Puede entregar la solicitud completa al Departamento de Ingresos o enviarla por correo a la oficina administrativa a la siguiente dirección:

Attn: Financial Counselors  
75 Nielson St.  
Watsonville, CA. 95076

Si necesita ayuda o tiene preguntas relativas a la solicitud de atención de caridad, llame al 831-761-5689 o al 831-761-5690.

### **Lista de documentos requeridos para presentar la solicitud**

#### **Documentación requerida para la verificación de ingresos**

Para solicitar **atención de caridad** (atención gratuita) o **pago con descuento** (reducido, pero no atención gratuita), presente **uno** de los siguientes documentos:

- Talones de pago recientes (que cubran los 6 meses antes o después de la fecha de su primer estado de cuenta), o
- La declaración de impuestos más reciente (correspondiente al año de facturación o a los 12 meses anteriores).



Si solicita atención de caridad y no puede presentar sus recibos de pago o declaración de impuestos, puede presentar entonces:

- Una declaración jurada firmada en la que detalle sus ingresos familiares.

**Nota:** Si solicita solo el pago con descuento, deberá presentar los recibos de pago o la declaración de impuestos. No se aceptan declaraciones juradas para determinar la elegibilidad para el pago con descuento.

**Documentos adicionales (si corresponde):**

- Copia de su identificación con foto y tarjeta del Seguro Social
- Declaración jurada de indigencia (si corresponde)

**Nota sobre los ingresos:** Los ingresos familiares incluyen salarios, Seguro Social, beneficio por desempleo, ingresos de jubilación, manutención de menores o conyugal y otros ingresos. No tiene que declarar sus ahorros, propiedades ni cuentas de jubilación, a menos que le generen ingresos regulares.

### Solicitud de atención de caridad y pagos con descuento

El responsable financiero deberá llenar esta sección. Le agradecemos que llene esta solicitud en su totalidad.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente (opcional): \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge (si corresponde): \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge (opcional): \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cónyuge (si corresponde): \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social del paciente (opcional): \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social del cónyuge (opcional): \_\_\_\_\_

### Información del garante

*(Rellene esta sección solo si otra persona que no es el paciente asume la responsabilidad económica de la factura).*

Nombre de garante: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del garante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Empleador del garante (opcional): \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social del garante (opcional): \_\_\_\_\_

### Información sobre los ingresos del grupo familiar

*(Declare los ingresos totales que recibieron en los últimos 12 meses todos los integrantes de su grupo familiar que aportan a los gastos, incluidos el paciente, el cónyuge o el garante).*

<b>Fuente de ingresos</b>	<b>Monto (total de los 12 meses)</b>
Salario	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Beneficio por desempleo	\$ _____
Pensión alimenticia o manutención de menores	\$ _____
Asignación militar	\$ _____
Discapacidad	\$ _____
Ingresos por alquiler	\$ _____
Otros (describa): _____	\$ _____

### Documentación de ingresos, marque UNA de las siguientes casillas (obligatorio)

*Para determinar si califica para recibir atención de caridad o hacer pagos con descuento, presente uno de los siguientes documentos:*

- Talones de pago recientes (de los 6 meses previos o posteriores al primer estado de facturación).

Su última declaración de impuesto (del año de facturación o de los 12 meses anteriores).

Una declaración jurada firmada en la que detalle sus ingresos familiares (solo si solicita atención de caridad y no puede presentar sus recibos de pago o declaración de impuestos).

### **Consideración de Plan de Pago Extendido**

Si aún tiene un saldo pendiente y desea establecer un plan de pagos mensuales, el Hospital Comunitario de Watsonville trabajará con usted para determinar una cantidad mensual justa. Tomamos en cuenta los ingresos de su familia y sus gastos básicos de vida para ayudar a decidir cuánto puede pagar razonablemente cada mes.

Usted puede optar por compartir más detalles sobre sus gastos mensuales básicos a continuación. No es necesario que nos proporcione documentos adicionales aparte de los que ya entregó como parte de su solicitud de asistencia financiera.

#### **Opcional: Gastos mensuales esenciales:**

Pago de la vivienda/alquiler: \$ \_\_\_\_\_ Alimentos: \$ \_\_\_\_\_ Seguro: \$ \_\_\_\_\_

Gas y electricidad: \$ \_\_\_\_\_ Agua: \$ \_\_\_\_\_ Recolección de basura: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de menores: \$ \_\_\_\_\_ Gastos de automóvil: \$ \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN

Doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que WCH la usará para determinar si califico para recibir asistencia financiera en virtud de lo estipulado en su política de atención de caridad y pagos con descuento.

Comprendo que WCH puede verificar la información proporcionada y puede utilizar datos de dominio público para ayudar a evaluar la elegibilidad. Comprendo, además, que la elegibilidad para recibir asistencia financiera depende únicamente de los ingresos, de acuerdo con lo previsto en las directrices federales de pobreza.

Le invitamos a presentar solicitudes para otros programas como Medi-Cal o Medicare, pero no es obligatorio para poder calificar para atención de caridad o hacer pagos con descuento. WCH no denegará la asistencia financiera en función únicamente del hecho de que el paciente no presente solicitudes para otros programas de cobertura o asistencia.

Comprendo la información que presente para solicitar el asistencia financiera no se usará con fines de cobro.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

Yo, \_\_\_\_\_, doy fe de que actualmente estoy en situación de calle y no tengo una dirección permanente ni percibo ingresos laborales regulares. Las ayudas que recibo provienen de programas públicos o donativos de otras personas.

Doy fe de que la información proporcionada en esta declaración jurada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa de forma intencional se me podrá denegar la asistencia financiera.

Watsonville Community Hospital podrá usar datos de dominio público para verificar la información proporcionada. No es obligatorio que presente mi historial crediticio y esto no afectará mi elegibilidad para recibir atención de caridad o hacer pagos con descuento.

La elegibilidad para recibir asistencia financiera depende únicamente de los ingresos familiares, de acuerdo con lo previsto en las directrices federales de pobreza.

Autorizo a Watsonville Community Hospital para reclamar los beneficios de seguro o pagos de terceros a que haya lugar por los servicios prestados, incluidos los beneficios que cedí previamente o que pueda llegar a ceder en relación con mi atención.

---

Firma del paciente o garante

Fecha