



Aviso y solicitud del Programa de ayuda económica

Entendemos que actualmente no tiene seguro médico. Avísenos de inmediato si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra cobertura. Ridgecrest Regional Hospital ("RRH") participa en el programa de posible elegibilidad de hospitales de Medi-Cal (Medicaid), lo que significa que usted puede calificar para la cobertura inmediata de los servicios médicamente necesarios de Medi-Cal mientras espera la cobertura permanente de Medi-Cal (Medicaid). También puede ser elegible para un seguro médico con Covered California o mediante el programa Servicios para los niños de California (California Children's Services). Nuestro personal de admisiones puede ayudarlo con estas solicitudes. Asimismo, RRH ofrece el programa Ayuda económica para pacientes (Patient Financial Assistance) que puede ayudarlo a pagar su factura. Adjunto encontrará un formulario de solicitud de ayuda económica para completar. Si le interesa obtener información sobre nuestros cargos, puede visitar nuestro sitio web para ver una lista de "Servicios en el hospital que se pueden programar con anticipación" (según lo define la ley) en <https://www.rrh.org/patients-visitors/billing/> y hacer clic en el enlace de la calculadora de precios.

Complete el formulario de solicitud de ayuda económica en su totalidad y devuélvalo con el comprobante de ingresos *de todas las personas de su grupo familiar*. Como comprobante de sus ingresos tendrá que dar al menos uno de los siguientes documentos:

- Dos boletas de pago recientes
- Una copia de su formulario W-2 más reciente
- O un estado de cuenta bancario reciente (si tiene depósito directo)

Si no tiene ingresos, tendrá que presentar una declaración sobre cómo cubre económicamente sus necesidades diarias. Si alguien le da ayuda económica para sus necesidades diarias, pídale que escriba una declaración en la que diga que lo ayuda y cómo lo hace.

Tenga en cuenta que debe devolver el formulario de solicitud de ayuda económica con el comprobante de ingresos correspondiente para que lo consideren para este programa. La aceptación en este programa se decide basándose en las directrices federales de pobreza. Le dimos un sobre con la dirección y franqueo pagado en el que puede devolver el formulario de solicitud de ayuda económica y toda la documentación necesaria. Si envió una solicitud para otro programa de cobertura médica, aún puede enviar una solicitud para este programa de ayuda económica de RRH, y ninguna de las solicitudes impedirá que sea elegible para el otro programa. Sin embargo, indique para qué programas ha enviado solicitud.

Hay otras organizaciones que también pueden ayudarlo a entender el proceso de facturación y pago, incluyendo a Health Consumer Alliance, que es gratuita (<https://healthconsumer.org>; (888) 804-3536). Además, si se rechaza su solicitud de ayuda económica de RRH, puede ponerse en contacto con la persona que suscribe o con el administrador del ciclo de ingresos del hospital.

Hay un Programa de quejas de facturas de hospital que es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura del hospital. Si cree que le negaron la ayuda económica por error, puede presentar una queja ante el Programa de quejas de facturas de hospital. Vaya a HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse conmigo al número que se menciona abajo. Estoy en la oficina de lunes a viernes, entre las 7:30 a. m. y las 4:00 p. m..

Atentamente,

Patricia Townsley
Representante de pacientes de pago personal
Ridgecrest Regional Hospital
901 Heritage Blvd
Ridgecrest, CA 93555
760-499-3010

RIDGECREST REGIONAL HOSPITAL

Solicitud de ayuda económica

1081 N. China Lake Blvd, Ridgecrest, Ca 93555

N.º de cuenta _____

Fecha _____

Toda la información debe estar completa para que lo consideren para la ayuda económica

Información del paciente

Información del padre/madre/cónyuge/garante

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad/Calle/Código postal: _____

Ciudad/Calle/Código postal: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Ingresos netos mensuales: _____

Ingresos netos mensuales: _____

Número de dependientes _____ Nombres _____

Mencione todos los otros ingresos: \$ _____ Fuente _____ \$ _____ Fuente _____

Si está desempleado, ¿qué fuente de ingresos tiene? _____

(Esta pregunta debe responderse si la fuente de ingresos es cero)

Debe presentar una boleta de pago o formulario de impuestos sobre ingresos.

Declaro que las declaraciones de arriba son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Comprendo que si se oculta o presenta información falsa, el paciente o la parte responsable tendrán que hacer el pago de todos los cargos por servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Deben completarse todas las líneas. Si no aplica, indíquelo.

La cantidad de descuento se determina según el nivel de ingresos y las directrices federales de pobreza.

Consulte la política del Programa de ayuda económica disponible en nuestro sitio web para obtener un listado completo de los servicios cubiertos. No todas las tarifas profesionales de los médicos están cubiertas por la Política de ayuda económica.

Preguntas: Llame al 760-499-301