

# Solicitud para Asistencia Financiera

En Christiana Care Health Services (CCHS) servimos a nuestra comunidad como socios respetuosos, expertos y atentos en el cuidado de su salud. Estamos comprometidos a ofrecer atención médica asequible y descuentos, opciones de pago y asistencia financiera a las personas que no pueden pagarla, incluyendo servicios del Departamento de Emergencias y procedimientos dentales que requieran hospitalización.

**Usted puede calificar para obtener asistencia financiera si no tiene seguro o cuenta con poca cobertura. Usted debe reunir los siguientes requisitos:**

- Usted tiene que presentar todos los ingresos y beneficios de seguro disponibles a usted y a sus dependientes.
- Usted debe ser residente de Delaware o de nuestros cuatro condados vecinos. Esto incluye los condados de Cecil, Salem, Delaware y Chester. Para los fines de esta solicitud, esta población se denomina “residentes”.
- Usted puede brindar documentación que respalde su elegibilidad para recibir asistencia financiera y su condición de residente.

## **El proceso de solicitud para asistencia financiera:**

1. Llene la lista de verificación y el formulario para la solicitud de asistencia financiera, y proporcione documentación de respaldo.
  - Se requiere la prueba de ingresos, el número de miembros del hogar y la documentación de respaldo antes de evaluar su solicitud de asistencia financiera.
2. Evaluaremos su solicitud presentada y determinaremos si califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera. **La revisión y aprobación de la asistencia financiera se basan en el informe de todos los ingresos brutos, incluyendo los anexos de Servicio de Rentas Internas (IRS) comparados con los lineamientos federales de pobreza.**
3. Es posible que nos comuniquemos con usted si se necesita más información antes de tomar una decisión. Antes de otorgarle asistencia financiera, le pediremos que solicite asistencia médica estatal si se determina su posible elegibilidad para la misma.
4. Si se determina que usted no califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera, consideraremos su elegibilidad para participar en un plan de pagos que le permita hacer pagos dentro de los límites de su saldo mensual.
5. Si usted califica, recibirá una carta de aprobación para asistencia financiera. La cobertura de asistencia financiera estará vigente por un año.

## **Presentación de su solicitud**

Envíe su solicitud financiera con todos los documentos y firmas requeridos a:

**Christiana Care Health Services**  
**Attention: Financial Assistance**  
**PO Box 2653**  
**Wilmington, DE 19805**

Si tiene alguna pregunta, llame al **302-623-7440** to para hablar con un representante de asistencia financiera. También hay más información disponible en [www.christianacare.org/financial-assistance](http://www.christianacare.org/financial-assistance).

# No devuelva esta página

## Solicitud para Asistencia Financiera

**Su solicitud debe incluir esta lista de verificación, así como copias de toda la documentación correspondiente:** (presente copias solamente; no debe presentar documentos originales)

### 1. Si no recibe ningún ingreso y es menor de 65 años:

- Usted puede calificar para solicitar asistencia Médica Estatal. Comuníquese con la División de Servicios Sociales y de Salud para que dirijan a su oficina local y complete una solicitud de asistencia médica. No podemos considerar su solicitud de Asistencia Financiera a menos que complete este paso.

#### Si se le ha denegado Asistencia Médica:

- Si se le ha denegado Asistencia Médica a través del Estado, envíenos una copia de la ‘Carta de Denegación’. **No revisaremos su solicitud sin esta carta.**

### 2. Si recibe algún ingreso:

#### Si llenó una declaración de impuestos federales, usted debe:

- Adjuntar una copia de su última declaración de impuestos al Servicio de Rentas Internas; es decir, el formulario IRS 1040 con los apéndices (por ejemplo, Apéndices c, d, e) y el W2.

#### Si no llenó una declaración de impuestos federales, usted debe:

- Proporcionar el Formulario 4506-T sobre No haber presentado declaración, el cual puede obtener en IRS.gov

#### ¿Alguien le declaró como dependiente en la declaración federal de impuestos federales? De ser así, usted debe:

- Incluir una copia de la última declaración de impuestos federales de cualquier persona que le haya declarado como dependiente.

### 3. Seguro:

- ¿Tiene usted seguro médico primario y secundario?  Sí  No
- De ser así, proporcione el nombre del Seguro y el #ID \_\_\_\_\_
- ¿Califica usted para Asistencia Médica Estatal (Medicaid)?  Sí  No
- De ser así, #ID de Medicaid \_\_\_\_\_ Fecha de Elegibilidad: \_\_\_\_\_
- De no ser así, ¿solicitó Asistencia Médica en los pasados seis meses?  Sí  No
- De ser así y Medicaid se la denegó, adjunte una copia de la “Carta de Denegación”.
- ¿Estos servicios estuvieron relacionados a un accidente automovilístico, compensación laboral o una litigación con terceros? **De ser así**, marque la casilla correspondiente.
- Automovilístico  Compensación laboral  Otro
- Nombre del Abogado Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Dirección del abogado: \_\_\_\_\_

### 4. Documentación adicional requerida (si corresponde):

- Todos los estados de cuenta bancarios más recientes de los tres últimos meses
- Documento de identificación expedido por el gobierno del Paciente & su Cónyuge (por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte, visa, tarjeta de residencia permanente).
- Copias de tarjetas de seguro (frente y reverso)
- El formulario del IRS 1040 más reciente, los apéndices correspondientes y los formularios W2
- Los formularios SSA 1099 (declaración anual)

# Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente:	Nombre del cónyuge:
Número de seguro social del paciente:	Número de seguro social del cónyuge:
Número de teléfono:	Número de teléfono :
Paciente – Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cónyuge – Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Paciente Residente legal permanente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cónyuge Residente legal permanente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA):	Fecha de nacimiento del cónyuge (MM/DD/AAAA):
Dirección ( Apt #, PO BOX, Calle , Ciudad Estado, Código postal )	

- Carta de otorgamiento por desempleo o de compensación laboral
- Pensión, Jubilación, Declaraciones de Pensión alimenticia, Declaraciones de beneficios de veteranos

**Proporcione todos los documentos de identificación correspondientes (Licencia de conducir vigente, pasaporte, visa, tarjeta de residencia permanente,) como parte de la solicitud.**

**Entendimiento del paciente:** Entiendo que la documentación requerida no me será devuelta. Entiendo que la información que proporciono se utilizará para determinar la asistencia y la responsabilidad financiera para mis servicios en Christiana Care y para cualquier establecimiento médico contratado por CCHS. Además, entiendo que la información que presento en relación con mi ingreso anual bruto, el número de miembros del hogar y mi condición de residente es precisa y sujeta a verificación por CCHS. Entiendo que debo cooperar con el proceso de solicitud de Asistencia médica estatal si así lo solicita CCHS, antes de que reciba asistencia financiera a través de CCHS. Entiendo que si se me aprueba para la asistencia financiera, pero luego obtengo seguro durante mi período de elegibilidad, debo llamar al (302)623-7440 con esta información actualizada del seguro. Entiendo que seré responsable financieramente de los servicios no cubiertos a través de la asistencia financiera, y que los servicios que no califican y que están excluidos de esta política son los procedimientos cosméticos, los servicios bariátricos y los casos de responsabilidad. Entiendo que al recibir una carta de aprobación para asistencia financiera, mi cobertura de la asistencia financiera solo será válida por un año y como cortesía, CCHS cubrirá los saldos de un año antes de mi fecha de aprobación. Entiendo que necesito presentar una nueva solicitud después de un año. Entiendo que si no califico para la asistencia financiera, estableceré un plan de pago mensual para todas mis cuentas pendientes en base al saldo que se encuentra dentro del límite establecido por CCHS. Entiendo que si se determina que cualquier información que he proporcionado es falsa, resultará en la anulación de mi aprobación de asistencia financiera y seré responsable de todos los cargos. Doy permiso para que CCHS verifique toda la información que he proporcionado, incluyendo, entre otras cosas, a una investigación crediticia, si es necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Para uso de CCHS solamente \_\_\_\_\_

Toda copia impresa de esta Solicitud de Asistencia Financiera está solamente actualizada hasta la fecha en que fue impresa y que podría no reflejar cambios posteriores. Consulte la versión en internet para la información más actualizada.