

# Paquete de solicitud para ayuda financiera

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

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

- Usted no califica para recibir asistencia del gobierno (por ejemplo, Medicare, Medicaid, centros de atención pagadores administrados por Medicaid tales como United Health, Unison, Blue Cross Health Access).
- Puede brindar documentación que respalde su elegibilidad para recibir ayuda financiera.
- Usted no cuenta con un seguro, pero tiene un ingreso fijo que cumple con el límite para la ayuda financiera y tiene gastos de desembolso personal.
- Usted debe declarar todos los beneficios de seguro disponibles para usted o sus dependientes.

## **Acerca del proceso de solicitud de ayuda financiera**

1. Llene la lista de verificación para la solicitud de asistencia financiera y el formulario para la solicitud.
  - Se requiere la prueba de ingresos, el número de miembros del hogar y la documentación de respaldo antes de que la solicitud de asistencia financiera pueda ser evaluada.
2. Evaluaremos su solicitud presentada y determinaremos si usted califica para nuestro Programa de Ayuda Financiera. *Toda la ayuda financiera se basa en los actuales lineamientos federales de pobreza.*
3. Nos comunicaremos con usted por escrito dentro de los 14 días informándole sobre su estado de elegibilidad. También es posible que nos comuniquemos con usted si se necesita información adicional antes de tomar una decisión.
4. Si se determina que usted no califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera, revisaremos un plan de pago que le permitirá establecer un pago mensual por un saldo que se encuentre dentro de los límites establecidos por CCHS.

## **Presentación de su solicitud**

Llene su lista de verificación y formulario de solicitud financiera y envíelos por correo con toda la documentación requerida y las firmas a:

**Christiana Care Health Services**  
**A la atención de: Financial Assistance**  
**PO Box 2653**  
**Wilmington, DE 19805**

Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar al **302-623-7440** para hablar con un representante de asistencia financiera. Puede encontrar mayor información disponible en [www.christianacare.org/financial-assistance](http://www.christianacare.org/financial-assistance).

# Lista de verificación para Ayuda Financiera

**Su solicitud debe incluir esta lista de verificación, así como copias de toda la documentación correspondiente.**

**1. Si no tiene ningún ingreso:**

- Solicite a la persona o personas que le apoyan financieramente que envíen una carta explicando que le apoyan financieramente, pero que no le declara a usted como dependiente en sus impuestos.

**2. Si se le ha denegado Asistencia Médica:**

- Si se le ha denegado Asistencia Médica a través del Estado, envíenos una copia de su 'Carta de Denegación'. *No podemos finalizar el proceso de solicitud sin esta carta.*

**3. Si tiene un ingreso:**

**Si llena una declaración de impuestos federales, usted debe:**

- Adjuntar una copia de su última declaración de Impuestos Internos; es decir, (formulario IRS 1040).

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

- Documentar a continuación que no está obligado(a) a presentarla y el motivo. \_\_\_\_\_

---

---

**¿Alguien le ha declarado como dependiente en su declaración de impuestos federales? Si la respuesta es sí, usted debe:**

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

**Documentación adicional requerida, si corresponde:**

- Formularios 1099 del Seguro Social (declaración anual).
- Cartas de otorgamiento de seguro de compensación para los trabajadores o por desempleo.
- Cartas de compensación por discapacidad (declaración anual).
- Boletas de pago de los últimos tres meses.
- El último formulario IRS 1040 y los anexos apropiados.
- Si usted es un(a) trabajador(a) independiente, debe incluir un Anexo C y/o declaración de ganancias y pérdidas.

**¿Llenó y firmó la Solicitud de Asistencia Financiera?**

- Asegúrese de llenar todas las secciones del formulario que le correspondan.

# Solicitud para asistencia financiera

N.º de referencia (solo para uso de CCHS):	
Nombre del paciente:	Nombre del cónyuge:
Número de Seguro Social del paciente:	Número de Seguro Social del cónyuge:
Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA):	Fecha de nacimiento del cónyuge (MM/DD/AAAA):
Dirección (número y calle/Ciudad/Estado/código postal):	
Número de teléfono diario:	Número de teléfono alternativo:
Nombre del empleador:	Nombre del empleador del cónyuge:

Escriba debajo su(s) número(s) de cuenta del hospital y/o servicios de los médicos contratados por CCHS, si los conoce.

**Información del hogar: Escriba TODOS los dependientes declarados en su último formulario de declaración de impuestos (es decir, 1040)**

Nombres:	Relación con el paciente:	Edad:

Número total de miembros del hogar (incluyendo el paciente):

## ¿Tiene seguro de salud?

Si la respuesta es **sí**, incluya una copia del anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro.

Sí  No

## ¿Ha solicitado asistencia médica en los últimos seis meses?

Si la respuesta es **sí**, incluya una copia de la 'Carta de Denegación' o prueba de elegibilidad. Es posible que deba llenar una Solicitud de Asistencia Médica estatal, si determinamos que usted puede calificar para recibir asistencia médica.

Sí  No

## ¿Estos servicios estuvieron relacionados a un accidente automovilístico, seguro de compensación laboral o litigio con algún tercero?

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, marque la casilla correspondiente y llene la información a continuación:

Automovilístico       Seguro de compensación laboral       Otro

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### ¿Califica usted para lo siguiente?

- Programa de Conexión de Cuidado de la Salud (anteriormente CHAP) *Fecha de elegibilidad:* \_\_\_\_\_
- Examen de detección de por vida (Screening for Life en inglés) *Fecha de elegibilidad:* \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es sí, brinde la documentación que respalda la elegibilidad.**

## Entendimiento del paciente:

Entiendo que la documentación requerida no me será devuelta.

Entiendo que la información que proporciono será usada para determinar la ayuda financiera y la responsabilidad financiera por mis servicios en Christiana Care Health Services (CCHS) o por cualquier establecimiento o médico contratado por CCHS.

Además, entiendo que la información que presento en relación con mi ingreso anual y el número de miembros del hogar 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 ayuda 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 ayuda financiera.

Entiendo que al recibir una carta de aprobación de la asistencia financiera, mi cobertura de la asistencia financiera solo será válida por un año desde la fecha de la carta y como cortesía CCHS cubrirá los saldos de un año antes de mi fecha de aprobación.

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, podría tener como resultado la anulación de mi aprobación de asistencia financiera y que seré responsable de todos los cargos.

Doy permiso para que CCHS verifique la información que he proporcionado, incluyendo, entre otras cosas, a una investigación crediticia, si es necesario.

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

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

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*