



**Lea atentamente este documento antes de completar el proceso de solicitud de asistencia financiera.**

Sharp HealthCare ofrece asistencia financiera, atención con descuento y atención de caridad a pacientes calificados (es decir, a pacientes de bajos ingresos no asegurados y a pacientes de bajos ingresos asegurados, pero con altos costos médicos y que cumplen con criterios específicos). El requisito para acceder a la asistencia financiera es que los servicios sean de emergencia y médicamente necesarios. Los niveles de ingresos brutos del paciente, por su parte, deberán ser iguales o inferiores al 200 % de las Pautas Federales de Pobreza para asistencia financiera, o entre el 201 % y 400 % para asistencia financiera parcial o atención con descuento. Se deberá cumplir con los requisitos de las fuentes de financiamiento correspondientes, y la decisión se tomará teniendo en cuenta una cooperación total. Son fuentes de financiamiento los Servicios Médicos del Condado (CMS), Medi-Cal y el Programa de Compensación para Víctimas de California, entre otros. Las solicitudes denegadas por falta de cooperación no se considerarán para asistencia financiera. El solicitante deberá completar y devolver esta Solicitud de Asistencia Financiera adjunta con todos los documentos de respaldo en la lista a continuación preferiblemente dentro de los 10 días posteriores a haberlos recibido.

La asistencia financiera también estará disponible a través de los médicos de emergencias y otros proveedores (quienes le facturarán por separado). Comuníquese con la oficina de facturación de médicos para obtener información sobre su programa de asistencia financiera a través del teléfono en su estado de cuenta.

Las copias de los documentos de respaldo que debe enviar (ya que estos documentos no se devuelven), son:

- Tres meses de verificación de ingresos (se deben enviar todos los formularios):
  - ~ Todos los estados de cuenta bancarios de los tres (3) últimos meses.
  - ~ Talones de pago u otro comprobante de ingresos de tres (3) últimos meses.
  - ~ La declaración de impuestos de sus ingresos del año más reciente (p. ej., el formulario 1040).
  - ~ Formulario de Pérdidas y Ganancias Anuales (formulario/schedule C), para personas autoempleadas.
- Si corresponde, una copia de la carta de denegación del programa de asistencia financiera del condado o estado (como CMS o Medi-Cal).
- Copias de todas las facturas médicas anuales pagadas directamente por el paciente o la familia del paciente de los 12 meses anteriores.
- Los estudiantes mayores de 18 años que vivan de forma independiente deberán proporcionar su propia información, incluido un comprobante de inscripción escolar.
- Los estudiantes mayores de 18 años que sean dependientes podrán proporcionar por escrito una declaración jurada (*affidavit*) de manutención por parte de un tercero y un comprobante de su matrícula escolar, además de todos los documentos anteriores aplicables.

Sharp HealthCare o sus agentes podrán solicitar información adicional para respaldar su solicitud y elegibilidad para la asistencia financiera. Toda la información, como la proveniente de su empleador, banco, verificación de créditos y búsquedas de propiedades dentro y fuera de los Estados Unidos, podrá estar sujeta a verificación.

Le notificaremos los resultados por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de los documentos. Hasta que se dicte una determinación acerca de su asistencia financiera, su visita permanecerá en Sharp HealthCare. Si tiene alguna pregunta con respecto a la Solicitud de Asistencia Financiera, comuníquese con nosotros a través de <http://www.sharp.com/billing> o llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. (hora estándar del Pacífico) al (858) 499-2400.

Miembros del grupo familiar	Pautas de Pobreza 2024 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (200 %)	400 % de las Pautas Federales de Pobreza
1	\$30,120.00 al año o \$2,510.00 al mes	\$60,240.00 al año o \$5,020.00 al mes
2	\$40,880.00 al año o \$3,406.00 al mes	\$81,760.00 al año o \$6,813.00 al mes
3	\$51,640.00 al año o \$4,303.00 al mes	\$103,280.00 al año o \$8,606.00 al mes
4	\$62,400.00 al año o \$5,200.00 al mes	\$124,800.00 al año o \$10,400.00 al mes
5	\$73,160.00 al año o \$6,096.00 al mes	\$146,320.00 al año o \$12,193.00 al mes
Miembro adicional	\$10,760.00 al año	\$21,520.00 al año

Para obtener más información sobre las Pautas Federales de Pobreza, Medi-Cal, Covered California o CMS, consulte las Pautas Federales de Pobreza en <https://www.federalregister.gov>. Covered California <https://www.coveredca.com> Medi-Cal <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx> CMS [www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county\\_medical\\_services](http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services) Consumer Alliance: <https://consumerhealth.org>



**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

DEVOLVER A:  
Sharp HealthCare  
8695 Spectrum Center Blvd.  
San Diego, CA 92123  
Private Pay Unit/PFS-ICD.  
*O por medio de:*  
Correo electrónico: [SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com](mailto:SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com)  
Fax: (858) 636-2368

Número de visita(s)  
# \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_

Total \$ \_\_\_\_\_

Este formulario, que se presenta de forma voluntaria, autoriza la divulgación de información médica protegida de la manera que se describe a continuación. Sharp HealthCare no podrá negarle el tratamiento únicamente por negarse a completar este formulario. Por otra parte, completar este formulario no garantiza que será elegible o recibirá asistencia financiera.

En cumplimiento de lo dispuesto por la ley federal, autorizo a los empleados o agentes de Sharp HealthCare a usar o divulgar la información proporcionada por mí en este formulario o junto con él, a fin de determinar si soy elegible para asistencia financiera o si el hospital es elegible para recibir asistencia financiera para cubrir todo o una parte de los costos de mi atención. Comprendo que deberé completar el formulario en su totalidad. Además, comprendo que yo podría seguir siendo responsable financieramente por la factura del hospital, sea que reciba o no asistencia, a menos de que sea elegible para recibir Asistencia Financiera. La información que proporcione en este formulario sólo se podrá divulgar según sea necesario a:

- 1) Compañías farmacéuticas que puedan ofrecer al hospital medicamentos de reemplazo gratuitos o de bajo costo según mi estado financiero.
- 2) Otras instituciones benéficas, comerciales o gubernamentales específicas que puedan ofrecer programas de asistencia financiera relacionados con la salud.

**I. Información del paciente (en letra de imprenta)**

Nombre \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ciudad, estado, zip \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ ¿Se le ha declarado discapacidad permanente al paciente?  
 Sí  No

**II. Información del cónyuge (o padre si el paciente es menor de 18 años)**

Nombre \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Teléfono residencial \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_

**III. Otro padre (si el paciente es menor de 18 años)**

Nombre \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Teléfono residencial \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_

**IV. Enumere todas las personas que viven en el hogar del paciente (o en el hogar de sus padres si el paciente es menor de 18 años)**

<b>NOMBRE</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>EDAD</b>

**V. Ingreso mensual**

Salarios del paciente \* \_\_\_\_\_  
 Salarios del cónyuge \* \_\_\_\_\_  
 Salarios de los padres \* \_\_\_\_\_  
 (si el paciente tiene menos de 18 años)  
 Seguro Social \* \_\_\_\_\_  
 Jubilación no aplazada \* \_\_\_\_\_  
 Discapacidad \* \_\_\_\_\_  
 Desempleo \* \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia/manutención infantil\*\*\*\* \_\_\_\_\_  
 Intereses \* \_\_\_\_\_  
 Rentas \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

**VI. Gastos mensuales esenciales**

Alquiler o hipoteca (marque uno) \_\_\_\_\_  
 Gastos de mantenimiento \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia/manutención infantil \*\*\*\*\* \_\_\_\_\_  
 Alimentos/provisiones \_\_\_\_\_  
 Servicios públicos/teléfono \_\_\_\_\_  
 Ropa \_\_\_\_\_  
 Seguro médico/dental \_\_\_\_\_  
 Automóvil/transporte \_\_\_\_\_  
 Escuela o guardería \_\_\_\_\_  
 Crédito en cuotas/rotativo \_\_\_\_\_  
 Pago(s) médico(s) actual(es): \_\_\_\_\_  
 Gasolina y reparaciones \_\_\_\_\_  
 Lavandería/limpieza \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

**VII. Activos**

Dinero en efectivo \_\_\_\_\_  
 Bienes raíces en EE. UU. o en el extranjero:  
 Dirección \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ Equity \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ Equity \_\_\_\_\_  
 Valor comercial \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

**VIII. Otros activos**

Número de cuenta de banco/institución  
 \_\_\_\_\_ \*\*Saldo \_\_\_\_\_  
 Número de cuenta de ahorro/institución  
 \_\_\_\_\_ \*\*Saldo \_\_\_\_\_  
 Vehículo 1 (año/marca/modelo/valor) \_\_\_\_\_  
 Vehículo 2 (año/marca/modelo/valor) \_\_\_\_\_  
 Vehículo recreativo/embarcación/motocicleta/casa  
 rodante: (año/marca/modelo/valor) \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

*\*Incluya talones de pago u otros comprobantes de ingresos de los últimos tres (3) meses.*

*\*\* Incluya los últimos tres (3) estados de cuenta bancarios.*

*\*\*\* Incluya copias de todas las facturas médicas anuales pagadas directamente por el paciente o por la familia del paciente.*

*\*\*\*\* Proporcione documentación de respaldo como sentencias, acuerdos, gravámenes, etc.*

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Acepto informar al proveedor del servicio cualquier cambio en mis ingresos, propiedades, gastos, hogar o dirección dentro de los 10 días de ocurrido el cambio.
- Comprendo que se me podrá pedir que compruebe mis declaraciones y que mi elegibilidad estará sujeta a verificación a través de los siguientes métodos: contacto con mi empleador, banco, verificación de créditos y búsquedas de propiedades dentro y fuera de los Estados Unidos, entre otros.
- Además, acepto reembolsar al gobierno federal, estatal, al condado o al hospital, como contraprestación por los servicios de atención médica recibidos por un accidente o lesión, con fondos de la compensación económica resultante de cualquier litigio o acuerdo o arreglo por tales casos.
- Comprendo que, si no califico para recibir asistencia financiera, seré personalmente responsable de los cargos del servicio prestado por Sharp HealthCare. Sin embargo, podré apelar la decisión de Sharp HealthCare a través de documentación adicional por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de los resultados de mi solicitud, o podré programar una cita en persona con un gerente comercial, director financiero u otro gerente apropiado para mi caso. Para programar una cita, deberé llamar a Atención al Cliente de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. (hora estándar del Pacífico) al (858) 499-2400. Transcurridos los 30 días mencionados anteriormente, se me podrá exigir una nueva solicitud para revisar mi apelación.
- El/los abajo firmante/s autoriza/n a Sharp HealthCare a obtener un informe crediticio del paciente a fin de determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Se entiende que esta información podrá compartirse con terceros como se describe en este formulario.
- Comprendo que una vez que mi información salga de Sharp HealthCare, Sharp ya no podrá controlar o protegerla directamente, y por tanto eximo a Sharp HealthCare de cualquier responsabilidad civil o penal que pudiera surgir de la divulgación de mi información a las empresas o instituciones mencionadas anteriormente.
- Comprendo que esta autorización podrá ser revocada por escrito en cualquier momento siguiendo las instrucciones del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sharp HealthCare, excepto que se hayan tomado medidas con respecto a dicha autorización.

Esta autorización quedará sin efecto para esta Solicitud de Asistencia Financiera a los 90 días de su fecha de recepción.

**Comentarios** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

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

**Firma del cónyuge** \_\_\_\_\_

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

**Firma del padre o tutor** \_\_\_\_\_

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