



[Primary Contact]
[Primary Contact Address 1]
[Primary Contact Address 2]
[Primary Contact City_ST_Zip]

Declaración de Condición Financiera

Marshall Medical Center (en adelante, “Marshall”), y sus clínicas y hospitales afiliados proveen servicios de Pago con Descuento y Atención de Caridad a Pacientes Elegibles Financieramente. Marshall determina la elegibilidad para Pago con Descuento y Atención de Caridad en función de los ingresos del paciente, la disponibilidad de otra cobertura o seguro, y si el paciente tuvo Costos Médicos Altos. Las solicitudes pendientes ante otro programa de cobertura de salud impiden la elegibilidad del Programa de Pago con Descuento y Atención de Caridad de Marshall.

Los pacientes pueden solicitar servicios de Pago con Descuento y Atención de Caridad presentando esta solicitud: (1) Por correo a Marshall Medical Center, P.O. Box 872, Placerville, CA 95677; o (2) En línea visitando el siguiente sitio web: <https://www.marshallmedical.org/patients-visitors/patient-information/financial-assistance>. Para obtener más información, los pacientes pueden contactarse con los asesores financieros de Marshall (1) en persona en el mostrador de admisión principal ubicado en 1100 Marshall Way, Placerville, CA 95667; (2) llamando al (530) 626-2618; (3) enviando un correo electrónico a hpfc@marshallmedical.org; o (4) en línea en www.marshallmedical.org.

Pacientes Elegibles Financieramente

Solo los Pacientes Elegibles Financieramente pueden acceder al Programa de Pago con Descuento y Atención de Caridad de Marshall. Los Pacientes Elegibles Financieramente son aquellos cuyos ingresos familiares no superan el 450 por ciento del Nivel Federal de Pobreza y cumplen alguno de los siguientes requisitos:

- (1) Cuya lesión no es una lesión compensable para efectos de la indemnización por accidente de trabajo, de un seguro de automóvil ni de otros seguros, según lo determine y documente el hospital; o
- (2) Costos Médicos Altos que incluyen:
 - a. costos de desembolso personal anuales que tuvo la persona en Marshall y que exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores, lo que sea menor. Costos de desembolso personal significa cualquier gasto de atención médica que no sea

reembolsado por el seguro o un programa de cobertura de salud, como copagos de Medicare o costos compartidos de Medi-Cal;

- b. costos de desembolso personal anuales que exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por él o su familia en los 12 meses anteriores. Costos de desembolso personal significa cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura de salud, como copagos de Medicare o costos compartidos de Medi-Cal; o
- c. un nivel más bajo determinado por Marshall en virtud de la política de Atención de Caridad.

Instrucciones para presentar la solicitud:

Para que se procese su solicitud, asegúrese de haber proporcionado la información requerida, incluida la página de firmas, y de suministrar las evidencias de ingresos que correspondan para la asistencia que esté solicitando. Toda solicitud incompleta se devolverá y no se procesará hasta que se reciban los documentos requeridos. Los procedimientos de facturación normal continuarán durante este tiempo.

Programa de Pago con Descuento

La asistencia del Pago con Descuento de Marshall limita los cargos de atención médica que se espera que un Paciente Elegible Financieramente pague al monto del pago que el hospital esperaría de buena fe recibir por la prestación de servicios de Medicare o Medi-Cal, lo que sea mayor.

Programa de Atención de Caridad

La asistencia de Atención de Caridad de Marshall son servicios de atención médica gratuita proporcionados sin esperar el pago de los Pacientes Elegibles Financieramente. Los pacientes sin cobertura de seguro o que no puedan obtenerla y que no puedan pagar son elegibles para este descuento.

Si no tiene un seguro activo y está solicitando Atención de Caridad, le pedimos que solicite Medi-Cal. Puede hacer su solicitud en www.coveredca.com o llamando a la oficina local de Medi-Cal al 530-642-7300. Si Medi-Cal rechaza su solicitud, busque cobertura a través de Covered California.

Evidencia de Ingresos

Cuando solicite asistencia de Pago con Descuento o Atención de Caridad, proporcione los siguientes documentos como Evidencia de Ingresos (si está casado, proporcione los documentos del paciente y del cónyuge):

- Los tres recibos de sueldo más recientes de los últimos 6 meses, antes o después de que el paciente recibiera su primera factura; o
- Declaraciones de impuestos federales y estatales que documenten los ingresos del paciente del año en que se le facturó o del año anterior.

Los pacientes que soliciten Pago con Descuento podrían recibir menor asistencia financiera de la que podría estar disponible con el Programa de Atención de Caridad de Marshall.

Solicitante(s):

Solicitante

Cónyuge/pareja

Nombre:

Nombre:

Dirección:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

N.º de Seguro Social:

N.º de Seguro Social:

Teléfono:

Teléfono:

Dependientes:

Indique los dependientes que figuran en su Declaración federal de impuesto sobre la renta.

Nombre

Fecha de nacimiento

Relación

N.º de Seguro Social

Información del seguro:

¿Actualmente tiene cobertura de seguro médico? Incluya el seguro de los dependientes si difiere:

<u>Paciente</u>	<u>Dependiente</u>
Si es así, nombre del seguro/plan de salud:	Si es así, nombre del seguro/plan de salud:
Número de identificación:	Número de identificación:
Nombre del suscriptor/titular de la póliza:	Nombre del suscriptor/titular de la póliza:

Firmas:

¡Recuerde! Para evitar que su solicitud sea rechazada por falta de información, tenga en cuenta:

- ☐ ¿Adjuntó su Evidencia de Ingresos?
- ☐ ¿Recordó firmar la solicitud?
- ☐ Si está casado, ¿su cónyuge firmó?
- ☐ Si está solicitando Atención de Caridad, ¿solicitó Medi-Cal?

Si en esta solicitud está incluyendo a un dependiente mayor de 18 años que no tiene una discapacidad, necesitamos su firma para que indique que le ha dado permiso para que su saldo pendiente con Marshall figure en esta solicitud de Pago con Descuento o Atención de Caridad. Marshall le enviará una carta de determinación de Pago con Descuento o Atención de Caridad una vez completada la solicitud.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del cónyuge/pareja	Fecha
Firma del dependiente mayor de 18 años	Fecha