

Stanford Children's Health tienen una variedad de opciones disponibles para pacientes sin seguro o sin suficiente seguro.

Nuestras opciones de ayuda financiera incluyen:

Sin necesidad de presentar una Solicitud

- **Descuentos para la gente sin seguro médico**
algunos servicios pueden estar excluidos.
- **Planes de pago sin intereses**
Los saldos deben pagarse generalmente dentro de un periodo de 6 meses.

Necesita presentar una Solicitud

- **Descuentos por necesidad financiera**
Descuentos a una tasa comparable a la de nuestros pagadores gubernamentales. Algunos servicios podrían estar excluidos.
- **Ayuda financiera completa**
100% de la parte que debe pagar el paciente. Algunos servicios podrían estar excluidos.
- **Planes de pago extendidos sin intereses**
Disponibles para los pacientes que reúnen los requisitos para los descuentos por necesidad financiera.

Para ser considerado candidato para recibir descuentos por necesidad financiera o ayuda financiera total, es necesario presentar una solicitud de ayuda financiera completada y una prueba de sus ingresos. Una vez que recibamos la solicitud completa podremos evaluar si reúne los requisitos para recibir ayuda de los programas del estado o del condado. Si se determina que usted no reúne los requisitos para recibir ayuda de estos programas, evaluaremos su solicitud de ayuda financiera para determinar si Ud. cumple los requisitos para otorgarle un descuento por necesidad financiera o ayuda financiera completa. Aquellos que cumplan con los requisitos podrían recibir ayuda para el

pago de las facturas del hospital para los servicios proporcionados en Stanford Children's Health y honorarios médicos de profesionales que trabajan en la Universidad de Stanford.

Los descuentos por necesidad financiera y la ayuda financiera total no están disponibles para todos los servicios. La consideración para servicios futuros se basará en la necesidad médica y los costos catastróficos.

A la hora de considerar la ayuda financiera, nuestra primera prioridad es ayudar a aquellos que han recibido servicios de emergencia. Luego, ayudar a los que han recibido o recibirán servicios no de emergencia, pero necesarios desde el punto de vista médico y que se incluyen en alguna de las siguientes categorías:

A. Categoría 1

Stanford Children's Health es el hospital más cercano al hogar del paciente o lugar de trabajo; o

B. Categoría 2

Stanford Children's Health no es el hospital más cercano al domicilio del paciente o lugar de trabajo, pero existe uno o más de los siguientes factores:

- a. El paciente tiene una enfermedad única o inusual que requiere de tratamiento en Stanford Children's Health (SCH) según lo determine el Gerente de Calidad e Información Médica de SCH.
- b. La atención del paciente promoverá la misión docente de la institución según lo determine el Gerente de Calidad e Información Médica de SCH.

Información importante que se requiere con la solicitud

Comprobante de ingresos (POI)

por favor proporcionar la siguiente información o una explicación de por qué esta información no está disponible. La falta de documentación puede demorar el procesamiento de su solicitud y podría resultar en una denegación de asistencia.

Abajo hay un listado de la documentación de POI que es necesaria para la consideración de Asistencia financiera de SCH.

Tipo de ingreso	Documentación requerida
Ingresos Laborales	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso Copia de los talones de pago más recientes de todo un mes
Empleo propio	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso
Seguro Social	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso Copia de la carta de adjudicación de la administración del Seguro Social indicando el pago mensual Copia de la notificación de pago mensual de la administración del Seguro Social
Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso Copia de la carta de adjudicación de discapacidad indicando el pago mensual de discapacidad Copia de la notificación de pago mensual de discapacidad
Desempleo	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso Copia de la carta de adjudicación del desempleo indicando la cantidad de beneficio semanal o mensual Copia de la notificación de pago mensual de desempleo
Manutención conyugal/de menores	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso Copia de la carta que indique la suma mensual
Propiedad en alquiler	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso
Propiedad en alquiler Ingresos por concepto de Inversiones	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso
Prueba de dependientes	<ul style="list-style-type: none"> Copia de declaración de impuestos Individual (formulario 1040) del año fiscal en curso

Se llevará a cabo todo esfuerzo razonable para procesar su solicitud prontamente. Luego de que se revise su solicitud, usted recibirá una carta en la que se le confirmará el resultado. Las solicitudes llenas pueden enviarse por correo con la documentación de apoyo a la siguiente dirección:

Stanford Children's Health
Attention: Patient Financial Assistance
4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025
También pueden enviarse por fax al:
(650) 497-8610 o **PFA@stanfordchildrens.org**

FAVOR DE ESCRIBIR TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE LA SOLICITUD: _____

1. INFORMACIÓN FAMILIAR | por favor anote el nombre de todos los familiares que se deban considerar para ayuda financiera

Apellido	Primer nombre	Inicial Segundo nombre	Número de expediente médico (MRN)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
Apellido	Primer nombre	Inicial Segundo nombre	Número de expediente médico (MRN)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
Apellido	Primer nombre	Inicial Segundo nombre	Número de expediente médico (MRN)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

Si el paciente es un menor de edad, por favor anotar el nombre del (de los) padre(s), o guardián como el solicitante y co-solicitante.

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)

Relación con el paciente		Estado civil			
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			
Apellido	Primer nombre	Inicial Segundo nombre	Ciudadano estadounidense		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	No.de dependientes (Aparte de uno mismo y co-solicitante)	Edad de los dependientes	Teléfono de la casa (xxx) xxx-xxxx	Teléfono celular (xxx) xxx-xxxx	
Dirección (No poner PO Box)		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Empleador actual	Dirección, Ciudad, Estado			Puesto	
* Si no está trabajando, ¿Cuánto tiempo hace que está desempleado?					

Si marcó **Sí** en la opción de **casado o pareja doméstica** : por favor de completar la sección 3.

3. INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (GARANTE)

Relación con el paciente				
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____				
Apellido		Primer nombre	Inicial Segundo nombre	Ciudadano estadounidense
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	No.de dependientes (Aparte de uno mismo y co-solicitante)	Edad de los dependientes	Teléfono de la casa (xxx) xxx-xxxx	Teléfono celular (xxx) xxx-xxxx
Dirección (No poner PO Box)		Ciudad	Estado	Condado
Código postal				
Empleador actual		Dirección, Ciudad, Estado		Puesto
* Si no está trabajando, ¿Cuánto tiempo hace que está desempleado?				

4. OTRAS PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA | Todas las preguntas se refieren al paciente

Marque la respuesta apropiada

1. ¿El paciente está solicitando ayuda para pagar facturas por servicios actuales o futuros en El Hospital de Niños Stanford Children's Health? De ser así, por favor indique/describa el tipo de servicios previstos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿El paciente tiene seguro médico? De tenerlo , por favor anote la siguiente información: Nombre del seguro de salud: _____ Nombre del suscriptor: _____ Número de identificación del miembro/paciente: _____ Número de Grupo: _____ Nombre del Grupo/Empleador: _____ En vigor a partir de la fecha: _____ Número de teléfono del seguro de salud: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(continued next page)

4. OTRAS PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA | Todas las preguntas se refieren al paciente (continued)

Marque la respuesta apropiada

<p>3. ¿El paciente reúne los requisitos para un programa de asistencia médica del estado? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del suscriptor: _____ Condado: _____ Número de identificación del paciente: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. ¿El paciente está recibiendo tratamiento por lesiones cubiertas por Compensación Laboral? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del prestador de Compensación Laboral: _____ Nombre del ajustador: _____ Teléfono del ajustador: _____ Fecha de la lesión: _____ Número del caso o del reclamo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. ¿El paciente está recibiendo tratamiento por lesiones cubiertas por un tercer pagador, como una Compañía de seguros de automóvil? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del Seguro de autos o del abogado: _____ Número de teléfono del Seguro de autos o del abogado: _____ Fecha de la lesión: _____ Número del caso o del reclamo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>6. ¿El paciente es la víctima de un delito? De ser si, por favor proporcione la siguiente información: Fecha de la lesión: _____ Nombre del Encargado del caso: _____ Teléfono del Encargado del caso: _____ Número de caso: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

5. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Origen de ingreso Mensual	Solicitante	Co-Solicitante	Ingreso mensual combinado (Solicitante + Co-Solicitante)
Ingresos por empleo	\$	\$	\$
Social Security	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Manutención conyugal/ de menores	\$	\$	\$
Propiedad de alquiler	\$	\$	\$
Ingreso por concepto de inversiones	\$	\$	\$
Otro[s] use estos espacios	\$	\$	\$
Ingreso Total Combinado			\$

6. SI NO TIENE INGRESO MENSUAL, POR FAVOR EXPLIQUE CÓMO SE ENCARGA DE SUS GASTOS MENSUALES. Si necesita, use páginas adicionales.

7. FIRMAS

Certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo al Hospital y las Clínicas de Stanford a pedir o verificar cualquier parte de la información arriba anotada según sea necesario.

Solicitante	Fecha	Co-solicitante	Fecha
_____	_____	_____	_____

Devolver la solicitud completada a:

SCH Patient Financial Assistance

4700 Bohannon Dr
Menlo Park, CA 94025

Envíe un correo electrónico a:

PFA@stanfordchildrens.org

Envíe un fax a:

Fax: (650) 497-8610