



Modoc Medical Center
1111 North Nagle Street
Alturas, CA 96101
530-708-8800 ext. 11053

Estimado paciente:

Si necesita apoyo financiero para una o más facturas de Modoc Medical Center (MMC), complete la solicitud adjunta en su totalidad y firme la solicitud en el lugar indicado. Proporcione también los documentos requeridos, según se describe en la solicitud. Al recibir la solicitud y la documentación requerida, determinaremos si califica para el Plan de pago razonable, el Programa de pago con descuento o el Programa de asistencia financiera.

Nuestro Departamento de Servicios Financieros para el Paciente está disponible para brindar asistencia personalizada únicamente con cita. Durante esta visita, pueden evaluar su cuenta y ayudarlo a encontrar la mejor solución para sus necesidades individuales. Además, pueden ayudar a los pacientes a solicitar Medi-Cal y brindar información sobre otros planes de seguro a través del Intercambio de beneficios de salud de California, comúnmente conocido como Covered California.

Nuestro objetivo es ayudarlo a encontrar una solución razonable para que pueda pagar sus facturas con MMC. Tenga en cuenta la información proporcionada a continuación:

- Esta solicitud debe entregarse a Servicios Financieros para Pacientes en un plazo de 15 días a partir de la fecha de recepción de su estado de cuenta.
- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con Servicios Financieros para Pacientes al número que figura a continuación o consulte a Servicios Financieros para Pacientes en la ubicación que figura a continuación.
- Todas las solicitudes debidamente completadas se procesarán en un período de (1) día hábil posterior a su recepción. Se le proporcionará una carta con la determinación final.
- Cualquier solicitud incompleta se devolverá junto con una carta en la que se indique la información necesaria para procesar la solicitud. Las solicitudes completas serán válidas durante 180 días.
- Cualquier solicitud enviada para el Programa de asistencia financiera que no califique se considerará automáticamente para el Programa de pago con descuento y el Plan de pago razonable; no es necesario que envíe otra solicitud.
- Si actualmente es titular de un seguro, no califica para el Programa de asistencia financiera, pero puede comunicarse con Servicios Financieros para Pacientes para obtener un Plan de pago razonable.

Envíe la solicitud completada, junto con todos los documentos de respaldo en un plazo de 15 días a partir de la fecha de la solicitud. La solicitud se puede enviar por correo postal, fax o correo electrónico a:

Modoc Medical Center
Attn: Patient Financial Services
PO Box 190
Alturas, CA 96101
Teléfono: 530-708-8800 ext. 11053
Fax: 530- 233-7609
Attn: Patient Financial Services
Correo electrónico: bphilpot@modocmedicalcenter.org

Gracias por elegir a Modoc Medical Center para sus necesidades de atención médica. Estaremos encantados de ayudarlo con su solicitud.

Atentamente,

Modoc Medical Center



Modoc Medical Center
 1111 North Nagle Street
 Alturas, CA 96101
 530-708-8800 ext. 11053

Solicitud para Recibir Asistencia Financiera

1) Información de la persona responsable

Apellido	Nombre	Número de seguro social (opcional)	Fecha de Nacimiento
Dirección física	Apartado postal	Ciudad	Estado/Código postal
Número de teléfono del domicilio	Número de teléfono alternativo/de celular		
Nombre del empleador	Cargo/función laboral	N.º de teléfono del empleador	
Ingreso bruto anual	Dirección del empleador: calle, ciudad, estado, código postal		
Nombre del cónyuge	Número de seguro social (opcional)	Fecha de Nacimiento	
Nombre del empleador	Cargo/función laboral	N.º de teléfono del empleador	
Ingreso bruto anual	Dirección del empleador: calle, ciudad, estado, código postal		

2) Información sobre el seguro médico

Compañía de seguro médico actual	N.º de identificación actual	N.º de grupo actual
----------------------------------	------------------------------	---------------------

- Marque esta casilla si no cuenta con ningún seguro actualmente.
- Marque esta casilla si ha presentado una solicitud de Medi-Cal y se ha denegado. (Obligatorio)**

3) Personas que viven en el hogar

	Nombre	Relación con el paciente	Fecha de Nacimiento	Empleador	Teléfono del empleador
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					



Modoc Medical Center
1111 North Nagle Street
Alturas, CA 96101
530-708-8800 ext. 11053

4) Información Sobre los Ingresos y Activos

Con el fin de determinar el grado de su elegibilidad para el Plan de pago razonable de MMC, el Programa de pagos con descuento o el Programa de asistencia financiera, complete la información requerida a continuación. Tenga en cuenta que cada programa requiere información diferente.

Ingresos mensuales: requeridos para el Plan de pago razonable, el Programa de pagos con descuento y el Programa de asistencia financiera

Gastos mensuales básicos de subsistencia: obligatorio para un Plan de pago razonable (opcional)

Ingresos laborales:	\$ _____	<u>Documentación obligatoria</u> Uno o más de los siguientes:
Ingreso laboral del cónyuge/pareja doméstica:	\$ _____	
Rentas obtenidas:	\$ _____	
Ingresos por rentas:	\$ _____	
Ingresos por intereses/dividendos:	\$ _____	
Ingresos del Seguro Social:	\$ _____	
Pensión alimenticia o subsidio por bajos ingresos:	\$ _____	
Otros ingresos: _____	\$ _____	
Ingreso mensual total:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Todos los recibos de pago de los últimos 90 días. <input type="checkbox"/> Formularios W-2 más actuales para todos los adultos que trabajan. <input type="checkbox"/> Copia de la declaración de impuestos presentada más reciente. <input type="checkbox"/> Estado de cuenta del Seguro Social. <input type="checkbox"/> Si no tiene ingresos, adjunte una carta firmada en la que indique las circunstancias.

Pago de hipoteca/alquiler:	\$ _____	<u>Documentación obligatoria</u> Uno o más de los siguientes:
Primas de seguros (salud, automóvil, hogar):	\$ _____	
Servicios públicos (gas, electricidad, agua, teléfono):	\$ _____	
Pagos por automóviles:	\$ _____	
Alimentos:	\$ _____	
Otro: _____	\$ _____	
Otro: _____	\$ _____	
Gastos básicos mensuales totales:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Comprobante del monto de la hipoteca/alquiler pagado más reciente. <input type="checkbox"/> Estados de cuenta más recientes para cualquier gasto enumerado/reclamado en esta solicitud <input type="checkbox"/> Recibos/comprobantes de pago de los montos por gastos de alimentación/médicos pagados en el último mes completo.

<u>Activos monetarios calificados para la atención benéfica (opcional)</u>	<u>Documentación adicional (opcional)</u> Uno o más de los siguientes:
Cuentas corrientes: \$ _____	<input type="checkbox"/> Estados de cuenta bancarios más recientes. <input type="checkbox"/> Declaración trimestral más reciente para acciones, bonos o CD. <input type="checkbox"/> Otro: Estado de cuenta más reciente que muestre el total de activos monetarios.
Cuentas de ahorros: \$ _____	
Acciones, bonos y CD: \$ _____	
Otro: _____ \$ _____	
Activos monetarios calificados totales: \$ _____	

Al firmar a continuación, usted solicita ser considerado para el Programa de pagos con descuento de MMC, el Plan de pago razonable o el Programa de asistencia financiera. Además, certifica que todas las declaraciones e información facilitadas en esta solicitud son verdaderas y están completas a su leal saber y entender. Si se determina que la información que proporcionó está incompleta o es falsa, cualquier descuento que se aplique puede revertirse y es posible que se espere el pago total de su parte. Al firmar a continuación, autoriza a MMC a revisar sus referencias e historial de crédito a fin de determinar la elegibilidad para el Pago con descuento o para los programas de atención benéfica.

Al firmar a continuación, usted también acepta que, si recibe el pago de una compañía aseguradora, del plan de indemnización a los trabajadores o de cualquier otro tercero, notificará a MMC de dicho pago. MMC se reserva el derecho de cobrar el monto total facturado originalmente para los servicios prestados en caso de que un tercero proporcione el pago por dichos servicios en su nombre.

Firma del solicitante (persona responsable)

Fecha