



Servicios Financieros del Paciente  
1111 N. Nagle Street  
Alturas, CA 96101  
530-708-8819

Estimado Paciente,

Si usted necesita ayuda financiera para una o más facturas con Modoc Medical Center (MMC), por favor complete la solicitud adjunta en su totalidad, y firme donde se indica. Sírvanse también proporcionar los documentos requeridos, según se describe en esta solicitud. Al recibir de vuelta esta solicitud y la documentación requerida que usted nos envíe podremos determinar el grado en que usted califica para descuentos depende de su ingreso.

Nuestro Departamento de Servicios Financieros del Paciente está disponible para darle asistencia personal con cita previa. Durante esta cita, ellos pueden evaluar y ayudarlo a encontrar la mejor resolución para sus necesidades individuales. Además, pueden ayudar a los pacientes a solicitar Medi-Cal y proporcionar información sobre otros planes de seguro a través del California Health Benefit Exchange, comúnmente conocido como Covered California. El titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido por la Sección 1785.27 del Código Civil (CIV) proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona viola a sabiendas esa sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito del consumidor, la deuda será nula e inaplicable.

Nuestra meta es ayudarlo a encontrar una solución planeada para que usted pueda pagar sus facturas con MMC.

Tenga en cuenta la siguiente información:

- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor póngase en contacto con los Servicios Financieros del Paciente al número a continuación para hacer una cita.
- Todas las solicitudes presentadas correctamente serán procesadas en un plazo de 10 días hábiles siguientes a la recepción. Se proporcionará una carta final de la determinación.
- Cualquier solicitud incompleta será devuelta al ser recibida junto con una carta indicando la información necesaria para procesar la solicitud. Las solicitudes completas permanecerán válidas por 180 días.
- Cualquier solicitud presentada para ser considerada será automáticamente considerada para Descuentos y los Planes de Pago Razonable, no se necesita presentar otra solicitud por separado.

Regrese la solicitud completada, junto con toda la documentación de apoyo dentro de un plazo de **30 días de recibida de la solicitud. Las solicitudes pueden ser enviadas por correo, fax o correo electrónico a:**

**Modoc Medical Center  
Attn: Patient Financial Services  
1111 N Alturas, CA 96101**

**Telefono: 530-708-8819, Attn: Patient Financial**

Gracias por elegir a Modoc Medical Center para sus necesidades de cuidado de salud. Estamos a la orden para ayudarlo con su solicitud.

Atentamente,

Marina Ruiz  
Servicios Financieros del Paciente  
(530) 708-8819



**Solicitud de Asistencia Financiera**

**1) INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE**

Apellido	Nombre		Fecha de nacimiento
Dirección (física) de casa	Dirección de correo	Ciudad	Estado/Código Postal
Numero de teléfono de casa	Número alterno/Celular		
Nombre del empleador	Función laboral / Título	# Teléfono del empleador	
Ingreso bruto anual	Dirección del empleador: Calle, ciudad, estado, código postal		

**2) Información de Seguro de Salud**

Compañía de seguro de salud actual	Número de identificación actual	# de grupo actual
------------------------------------	---------------------------------	-------------------

- Marque esta casilla si no tiene seguro actualmente
- Marque esta casilla si una solicitud para Medi-Cal ha sido llenada y denegada

**3) Personas en el Hogar**

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



**4) Información sobre Ingresó y Activos**

Con el fin de determinar el grado de su elegibilidad para el Plan de Pago Razonable o Descuentos Depende de Su Ingreso, por favor complete las secciones requeridas a continuación. Tenga en cuenta que cada programa requiere información diferente.

**Ingresó Mensual: Requerido para el Plan de Pago Razonable y Descuentos Depende de Su Ingreso**

Ingresó de empleo:	\$	<b><u>Documentación Requerida</u></b> Uno o más de los siguientes:  <input type="checkbox"/> Todos los talones de cheque de pago de los últimos 90 días. <input type="checkbox"/> W-2 más actual de todos los adultos trabajando.  <input type="checkbox"/> Copia de la última declaración de impuestos.  <input type="checkbox"/> Estado de cuenta del Seguro Social.  <input type="checkbox"/> Si no tiene ingresos, adjunte una carta firmada declarando sus circunstancias.
Ingresó de empleo de cónyuge/pareja domestica:	\$	
Ingresos de negocios:	\$	
Ingresos de alquiler:	\$	
Ingresos de intereses/dividendos:	\$	
Ingresos de Seguro Social:	\$	
Ingresó de pensión alimenticia o apoyo:	\$	
Otro ingreso: _____	\$	
<b>Total ingreso mensual:</b>	\$	

**Gastos Mensuales Esenciales para Vivir Actuales: Requerido para el Plan de Pago Razonable**

Pago de hipoteca/alquiler:	\$	<b><u>Documentación Requerida</u></b> Uno o más de los siguientes:  <input type="checkbox"/> Comprobante de cantidad más reciente pagada para la hipoteca/alquiler.  <input type="checkbox"/> Estado de cuenta más actual de cualquier gasto listado/reclamado en esta aplicación.  <input type="checkbox"/> Recibos/comprobante de cantidades pagadas por gastos de alimentos/médicos pagados en el último mes completo
Primas de seguros (salud, auto, casa):	\$	
Servicios públicos (gas, elect., agua, teléfono):	\$	
Pago(s) automóvil:	\$	
Alimentos:	\$	
Otro: _____	\$	
Otro: _____	\$	
<b>Total ingreso mensual:</b>	\$	

\_\_\_\_\_  
 Firma de solicitante (persona responsable)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Al firmar abajo usted está solicitando ser considerado por Modoc Medical Center para Descuentos depende de su Ingreso o Pago Razonable. Además, usted certifica que todas las declaraciones e información proporcionada en esta solicitud son verdaderas y completas a lo mejor de su conocimiento. Si se determina que la información que usted proporcione es incompleta o falsa, cualquier descuento aplicado puede ser revertido y se le podría solicitar que haga el pago en su totalidad.

Asimismo, acepta al firmar abajo, que si usted recibe un pago de una compañía de seguros, plan de compensación laboral o cualquier otro ente tercero, usted informará a Modoc Medical Center de dicho pago. Modoc Medical Center se reserva el derecho a cobrar la cantidad original completa facturada por los servicios prestados en caso de que un ente tercero le proporcione a usted el pago por esos servicios.