

Gracias por su interés en nuestro programa de asistencia financiera. Si usted y/o un familiar han solicitado asistencia financiera en Fresno Surgical Hospital en los últimos seis (6) meses, comuníquese con nuestra oficina al (559) 447-7735 antes de completar esta solicitud.

Envíe la solicitud completada y todos los documentos correspondientes que se indican a continuación en un plazo de treinta (30) días:

- **Tres (3) meses completos, estados de cuenta bancarios detallados para todas las cuentas corrientes, de ahorros y/o de inversión que muestren depósitos y retiros. Proporcione una explicación para todos los depósitos. (Requerido)**
  
- **Comprobante de ingresos devengados y/o no devengados según se documenta a continuación. (Requerido)**
  1. Tres (3) recibos de pago recientes para usted, su cónyuge y todos los dependientes que muestren la tarifa de pago y las horas trabajadas Q
  2. Declaración de impuestos federales actual o más reciente para usted y su cónyuge Q
  3. Declaración de contribución de familiares/amigos que indique cómo se pagan los gastos de pensión alimenticia Y
    - Declaración de impuestos más reciente, incluido el Estado de resultados, si trabaja por cuenta propia
    - Declaración de impuestos más reciente para la verificación de dependientes
    - Declaración de beneficios por desempleo
    - Carta de asignación de ayuda financiera para estudiantes
    - Carta de determinación de asistencia pública (p. ej., CalFresh, Medi-Cal, etc.)
    - Carta de adjudicación o cheque del Seguro Social y/o de discapacidad del Seguro Social
    - Dividendos, intereses e ingresos de cualquier otra fuente (p. ej., ingresos por alquiler, ingresos por pensión alimenticia, beneficios de jubilación, etc.)

Si no puede proporcionar ninguno de estos documentos, proporcione una carta de explicación de por qué no se enviaron los documentos.

Envíe la solicitud de asistencia financiera y los documentos de apoyo a:

**Fresno Surgical Hospital  
Oficina Comercial  
6121 N. Thesta St., Suite 101  
Fresno, CA 93710**

**Envíelos a más tardar el: \_\_\_\_\_**

Tenga en cuenta que el procesamiento puede demorar aproximadamente treinta (30) días una vez que hayamos recibido una solicitud completada. Si tiene alguna pregunta o necesita información en otro idioma, comuníquese con nuestra oficina al número que se indica a continuación.

Atentamente,

Fresno Surgical Hospital  
Contabilidad del paciente  
(559) 447-7735

## **PREGUNTAS:**

Para obtener más información sobre nuestro centro, visite nuestro sitio web en [www.fresnosurgicalhospital.com](http://www.fresnosurgicalhospital.com).

De conformidad con nuestra misión y responsabilidad con la comunidad a la que brindamos servicios, Fresno Surgical Hospital ofrece programas de asistencia financiera. Si le preocupa su capacidad para pagar sus costos compartidos, o si no tiene seguro médico, ofrecemos asistencia financiera para aquellas personas que reúnen los requisitos mediante nuestro Programa de apoyo financiero (asistencia benéfica).

Para su comodidad, nuestros representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., llamando al (559) 447-7735.

## **AVISO:**

### **La discriminación está en contra de la ley**

Fresno Surgical Hospital cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Fresno Surgical Hospital no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad ni el sexo.

Fresno Surgical Hospital:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en idioma de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestra directora de calidad al (559) 447-7316.

Si considera que Fresno Surgical Hospital no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera, puede presentar una queja formal ante nuestra directora de calidad, 6125 N. Fresno St., Fresno, CA 93710, (559) 447-7316, Fax: (559) 436-3406. Puede presentar una queja formal personalmente, por correo postal o por facsímil. Si necesita asistencia para presentar una queja formal, nuestra directora de calidad está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja por derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU., a través del portal para quejas sobre derechos civiles, que se encuentra en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>



**Estado del mercado de atención médica**

¿Ha solicitado un seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, nombre/identificación del plan:
Si la respuesta es afirmativa, ¿presentó la solicitud a través de:	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Mercado de seguros de salud/Healthcare.gov <input type="checkbox"/> Otro
¿Fue aprobado para un plan de seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se inscribió y pagó la prima de un plan de seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Activos monetarios**

Cuenta corriente	Banco:	Saldo: \$
Cuenta de ahorros	Banco:	Saldo: \$
Cuenta(s) de inversión	Banco:	Saldo: \$

**Empleo**

Persona empleada	Empleador	Ingreso bruto por período de pago	Cantidad de períodos de pago	Ingreso bruto anual
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

**Otras fuentes de ingresos**

	Mensual	Anual
Pensión alimenticia	\$	\$
Programa de asistencia pública Tipo _____ (p. ej., efectivo, cupones para alimentos, etc.)	\$	\$
Pago del plan de jubilación	\$	\$
Seguro social/discapacidad	\$	\$
Desempleo o indemnización por accidente laboral Cantidad de semanas: _____ Fechas de inicio/finalización: _____ Monto semanal \$ _____	\$	\$
Otros ingresos (acciones/bonos/anualidades/intereses/propiedad de alquiler)	\$	\$
Otros ingresos (de familiares, amigos, la iglesia, etc.)	\$	\$

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN

*Si necesitamos información adicional, se le notificará por teléfono, correo postal de los EE. UU. o correo electrónico.*

Certifico que toda la información es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que la información proporcionada se verificará y tratará como personal y confidencial. Autorizo la divulgación de toda la información del Departamento de Servicios de Atención Médica de California. **Comprendo que debo proporcionar una verificación de ingresos, gastos, dependientes, estados de cuenta bancarios, comprobantes de pago y declaraciones de impuestos, según corresponda.** También comprendo que seré responsable del pago de cualquier servicio prestado en Fresno Surgical Hospital si la información anterior se proporciona bajo falsas pretextos. Sé que estoy solicitando asistencia financiera de Fresno Surgical Hospital ÚNICAMENTE y no de otros proveedores de atención médica o médicos.

**Firma:**

**Fecha:**

---

---

**Firma del cónyuge (si corresponde):**

**Fecha:**

---

---