

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE
ST. CLAIR HEALTH**
**INDICACIONES PARA REALIZAR LA SOLICITUD Y DIRECTRICES PARA DETERMINAR
SI SE CUMPLE CON LOS REQUISITOS**

Complete toda la solicitud y asegúrese de **FIRMAR** la declaración jurada que figura en la página 4.
Adjunte las copias de los siguientes documentos que se piden a todos los solicitantes.

Envíe la documentación a: **St. Clair Health**
Financial Assistance
5000 Centregreen Way
Suite 100
Cary, NC 27513

El hecho de no entregar todos los documentos generará un retraso en el procesamiento o hará que se rechace la solicitud. Adjunte solamente las copias, ya que lamentablemente los documentos enviados no se pueden devolver.

- Adjunte los comprobantes de **TODOS** los ingresos recibidos en los últimos 30 días anteriores a la presentación de la solicitud correspondientes al solicitante y su cónyuge.
- Los estados de la cuenta corriente y la cuenta de ahorro (todas las páginas) **más actuales** anteriores a la presentación de la solicitud.
- Si el paciente ha fallecido, proporcione una copia del certificado de defunción y una carta en la que se indique el estado del patrimonio hereditario.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al número de teléfono 412-344-3408.

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La asistencia financiera se otorga a los pacientes cuyo puntaje de crédito es menor que el umbral actual del hospital de 550 o se cumplen los requisitos a continuación. Las pautas del programa (para pacientes con puntaje de crédito superior al umbral del hospital de 550) se basan en las Pautas federales de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Registro Federal / Volumen 89 / 17 de enero de 2024, páginas 2961-2963

INGRESOS MAXIMOS DEL GRUPO FAMILIAR

CANTIDAD DE INTEGRANTES	DESCUENTO (USD)		
	100 %	30 %	20 %
1	\$30,120	\$37,650	\$45,180
2	\$40,880	\$51,100	\$61,320
3	\$51,640	\$64,550	\$77,460
4	\$62,400	\$78,000	\$93,600
5	\$73,160	\$91,450	\$109,740
6	\$83,920	\$104,900	\$125,880
7	\$94,680	\$118,350	\$142,020
8	\$105,440	\$131,800	\$158,160
Cada miembro adicional del grupo familiar	\$10,760	\$13,450	\$16,140

LOS ACTIVOS FAMILIARES NETOS > USD 10 000 TAMBIÉN SE CONSIDERARÁN CASO POR CASO PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ST. CLAIR HEALTH

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____

Número de teléfono del paciente _____

Dirección del paciente _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Lista de todos los integrantes del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
		TITULAR

- ¿Es ciudadano estadounidense? sí no
- Si su respuesta es negativa, ¿es residente permanente y vive legalmente en los EE. UU.*? sí no
- *Si el paciente es residente permanente, proporcione una copia de la documentación oficial.*
- ¿Es estudiante de tiempo completo? sí no
- ¿Está embarazada o el ingreso en el establecimiento hospitalario estuvo relacionado con el embarazo? sí no
- ¿Tiene una solicitud para Medicaid pendiente o aprobada? sí no
- ¿Cuenta con seguro médico? sí no

BIENES DEL HOGAR-CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO

Tipo de cuenta (corriente o ahorro)	Banco/Institución	Saldo

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ST. CLAIR HEALTH

OTROS ACTIVOS FAMILIARES CONTABLES

Tipo de activo	Banco/Institución	Saldo
Acciones/bonos		
Certificado de depósito		
Bonos de ahorro de EE. UU.		
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés)		
Certificado de ahorro		
Cuenta Club de Navidad o Club de vacaciones		

BIENES DEL HOGAR-CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO

Tipo de crédito	Banco/Institución	Saldo
Deuda/Préstamos (Excluyendo Hipoteca)		
Tarjeta de crédito 1		
Tarjeta de crédito 2		
Tarjeta de crédito 3		
Otros 1		
Otros 2		
Otros 3		

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ST. CLAIR HEALTH

INGRESOS BRUTOS MENSUALES

	PACIENTE	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR 2	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR 3	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR 4
Salario/sueldo/propinas				
Subsidio por desempleo				
Seguro social				
Manutención de hijos menores de edad				
Ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia				
Ingresos derivados de intereses/dividendos				
Jubilación				
Ingresos por alquiler				
Pagos de fideicomisos				
Indemnización por accidentes de trabajo				
Otros				

NOTA: Si no tiene ingresos y otra persona lo ayuda económicamente, haga que dicha persona complete y firme la declaración que figura a continuación:

_____ no cuenta con ingresos actualmente. Le estoy brindando asistencia actualmente para que pueda satisfacer sus necesidades alimenticias, de alojamiento y de vestimenta. También le proporciono ayuda financiera por un importe de USD _____ en promedio por mes.

X

Firma de la persona que brinda asistencia

Fecha

DECLARACIÓN JURADA - TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMARLA

Juro (o afirmo) que toda la información que se incluye en el presente formulario es veraz, correcta y completa a mi leal saber y entender. Acepto informar a St. Clair Hospital, en el plazo de una semana, todo cambio que se produzca en los ingresos, recursos económicos, u otra información mencionada en el presente formulario que pueda afectar mi idoneidad para recibir Asistencia financiera en St. Clair Hospital. Entiendo que es posible que se consulte mi información crediticia y otra información financiera pertinente a fin de verificar la declaración y mi idoneidad para el programa.

Las declaraciones fraudulentas de los pacientes realizadas con el fin de obtener asistencia financiera se remitirán a la Oficina del Fiscal General de Pensilvania para el enjuiciamiento correspondiente. Los pacientes que falsifican la solicitud del Programa ya no serán aptos para el Programa y se considerarán responsables de todos los gastos incurridos mientras estaban inscritos en el Programa con carácter retroactivo al primer día en el que se generaron dichos gastos en virtud del Programa.

X

Firma del solicitante

Fecha