

Solicitud de Atención Caritativa y Asistencia Financiera

Programa de Servicios Médicos para Indigentes (MISP, por sus siglas en inglés)
PO BOX 9610 Moreno Valley, CA 92552

Correo electrónico: mispelig@ruhealth.org
Teléfono: 877-501-5085
Fax: 951-486-4635

Este formulario es para usted solicite los Programas de Asistencia Caritativa y/o descuentos de Asistencia Financiera del Centro Médico del Riverside University Health System.

La determinación de elegibilidad se completará una vez recibidos los siguientes documentos:

- Solicitud completa y firmada.
- Copia de identificación con foto.
- Comprobante de ingresos familiares actuales (los talones de cheques recientes o la declaración de impuestos).
- Si no tiene ingresos – Declaración de apoyo financiero.

Límites de Ingresos para cada programa:

- Atención Caritativa (Gratuito) – 100% del límite federal de pobreza.
- Programa de descuentos de Asistencia Financiera – 400% del límite federal de pobreza.

Si no se presenta toda la documentación requerida con la solicitud, esta quedará incompleta y se denegará por incumplimiento. El proceso de solicitud puede tardar aproximadamente 30 días a partir de la fecha que se reciba su solicitud.

Esta solicitud de los Programas Atención Caritativa y de Descuento de Asistencia Financiera es solo para los cargos del Centro Médico del Riverside University Health System (RUHS, por sus siglas en inglés) y no se aplica a los médicos de la Sala de Emergencias, cirujanos contratados o médicos de Radiología. Las facturas de estos proveedores contratados no pueden ser descontadas por el Centro Médico del Riverside University Health System (RUHS).

La política de asistencia financiera está disponible en: RUhealth.org

Solicitud de Atención Caritativa y Asistencia Financiera

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Domicilio donde recibe su correo: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de Teléfono: _____

No. de Cuenta: _____ **MRN:** _____

Sección A – Evaluación de asistencia médica– Marque con un círculo “S” para Sí o “N” para No.

1. ¿El paciente es menor de 21 años o mayor de 65 años? **S | N**
2. ¿Es el paciente padre o madre soltero/a de un menor de 21 años? **S | N**
3. ¿Es el paciente cuidador o tutor de un menor de 21 años? **S | N**
4. ¿El paciente está casado/a y es padre o madre de un hijo menor de edad? **S | N**
5. ¿La paciente está embarazada o su hospitalización se debe a un embarazo? **S | N**
6. ¿El paciente estará potencialmente discapacitado/a por 12 meses? **S | N**
7. ¿Es el paciente víctima de un delito? **S | N**
8. ¿Tiene el paciente una póliza de seguro “COBRA” o una póliza de seguro cuya prima no se ha pagado? **S | N**

Sección B Familia – Enumere a todas las personas que viven en su hogar (usted, cónyuge, pareja y todos sus dependientes)

Nombre & Apellido	Fecha de Nacimiento	Parentesco

Si necesita espacio adicional utilice la página 4

Solicitud de Atención Caritativa y Asistencia Financiera

Sección C – Ingresos -

Empleo – ¿Usted, su cónyuge, su pareja o sus dependientes trabajan? S | N

Nombre de la Persona que Trabaja	Ingresos brutos mensuales	Tipo de Trabajo

Trabajo por Cuenta Propia–

Nombre de la Persona que Trabaja	Ingresos brutos mensuales	Nombre del Negocio

Ingresos mensuales adicionales no ganados (Jubilación/Discapacidad del Seguro Social, Discapacidad (Estatal), Desempleo, Pensión alimenticia o Manutención de los hijos):

Nombre de la Persona que los recibe	Ingreso Mensual	Tipo de ingreso no ganado

Sección D – Certificación

Por el presente reconozco que toda la información es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de esta solicitud. Además, según las leyes locales o estatales, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital, con el objeto de obtener bienes o servicios puede considerarse un delito. Asimismo admito y acepto que se puede obtener un informe de crédito o tomar cualquier otra medida similar para verificar la información aquí proporcionada. Entiendo plenamente que los programas de Atención Caritativa y Asistencia Financiera del Riverside University Health System constituyen un “Último recurso como fuente de pago” y por la presente confirmo todas las cesiones previas de beneficios y derechos, que puedan incluir las acciones de responsabilidad, reclamos por lesiones personales, conciliaciones y cualquiera y todos los beneficios del Seguro que puedan ser pagaderos por aptitud física o lesiones, para los que el Riverside University Health System o sus subsidiarias hubieran prestado servicios.

Firma del Paciente/Fiador

Fecha

Solicitud de Atención Caritativa y Asistencia Financiera

Utilice esta página para cualquier espacio adicional que necesite: