



Barton Financial Counselor
2170 South Avenue
South Lake Tahoe, CA 96150

530.539.6086TEL
530.541.0554FAX
Bartonhealth.org/financialassistance

Procedimiento para presentar solicitud al programa de ayuda financiera

Gracias por escoger a Barton Health como su proveedor de atención médica. Tenemos claro que las cuentas médicas pueden ocasionar preocupaciones y solicitar ayuda podría ser confuso. Barton le ofrece varias formas para pagar la atención médica que recibe brindando ayuda financiera, con base en los ingresos del hogar. **Es posible que le podamos ayudar a pagar todo o parte de su adeudo dependiendo si cumple o no los requisitos.**

Pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera tendrán:

- Ingreso familiar anual igual o menos de 400% del nivel federal de pobreza que indican las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. cada año.
- Reunirse con el personal de asesoría financiera para verificar si cumple requisitos de otros programas, tales como: Indemnización por accidentes en el trabajo, Medi-Cal y víctimas de delitos; y
- Llenar una solicitud de programa de ayuda financiera y entregar documentos que comprueben ingresos.

Con el fin de que se determine si reúne o no los requisitos para recibir ayuda financiera, tendrá que llenar la solicitud correspondiente y deberá proporcionar documentos adicionales para que tramitemos su elegibilidad, entre ellos:

- Copia de declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040) de usted y su cónyuge o pareja de hecho o una copia de dos (2) recibos de nómina más recientes de usted y su cónyuge o pareja de hecho.

Podrá entregar su solicitud firmada de ayuda financiera y los documentos que la acompañan enviándola por correo electrónico a financialassistance@bartonhealth.org, por fax al 530-2383226, en persona con el personal de asesoría financiera que se encuentra en el Departamento de Admisiones dentro del Hospital Barton Memorial Hospital o enviarlos por correo a la siguiente dirección:

Barton Financial Counselor
2170 South Avenue
South Lake Tahoe, CA 96150

Barton hará todo lo posible por tramitar la solicitud de manera rápida para determinar si usted cumple los requisitos de ayuda financiera. Después de que se revise su solicitud, recibirá una carta para notificarle el resultado. En caso de que tenga preguntas en relación con el programa de ayuda financiera de Barton, necesite ayuda para llenar la solicitud o desee hablar sobre más opciones de pago. No dude en comunicarse con el personal de asesoría financiera al 530.539.6086.



Barton Financial Counselor
 2170 South Avenue
 South Lake Tahoe, CA 96150

530.539.6086TEL
 530.541.0554FAX
es.bartonhealth.org/financialassistance

Pautas Federales de Nivel de Pobreza 2024 Guía de Elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera

Tabla de elegibilidad

Usar el ingreso y el tamaño del hogar como se calcula en la tabla a continuación para identificar la elegibilidad para el descuento financiero.

Escala de asistencia financiera		100%	75%	50%	25%	
	2024 ingresos de pobreza nivel anual	100%	250 - 300%	300 - 350%	350 - 400%	
Tamaño de la familia	1	\$15,060	\$15,060 - \$37,649	\$37,650 - \$45,180	\$45,180 - \$52,710	\$52,710 - \$60,240
	2	\$20,440	\$20,440 - \$51,099	\$51,100 - \$61,320	\$61,320 - \$71,540	\$71,540 - \$81,760
	3	\$25,820	\$25,820 - \$64,549	\$64,550 - \$77,460	\$77,460 - \$90,370	\$90,370 - \$103,280
	4	\$31,200	\$31,200 - \$77,99	\$78,000 - \$93,600	\$ 93,600 - \$109,200	\$109,200 - \$124,800
	5	\$36,580	\$36,580 - 91,449	\$91,450 - \$109,740	\$109,740 - \$128,030	\$128,030 - \$146,320
	6	\$41,960	\$41,960 - \$104,899	\$104,900 - \$125,880	\$125,880 - \$146,860	\$146,860 - \$167,840
	7	\$47,340	\$47,340 - \$118,349	\$118,350 - \$142,020	\$142,020 - \$165,690	\$165,690 - \$189,360
	8	\$52,720	\$52,720 - \$131,799	\$131,800 - \$158,160	\$158,160 - \$184,520	\$184,520 - \$210,880



Programa de ayuda financiera de Barton Healthcare System

**Declaración Financiera confidencial y
solicitud para asistencia financiera**

Nombre del (de la) paciente _____

Número(s) de cuenta(s): _____ Fecha del (de los) servicio(s): _____

Persona Responsable*

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

No. Seguridad Social o de Contribuyente: _____

Empresa donde labora: _____

Cónyuge o pareja de hecho:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

No. Seguridad Social o de Contribuyente: _____

Empresa donde labora: _____

Estado civil (marque una caja):

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Nunca casado(a) Unión libre

Información de familia:

Mencione todas las personas que viven con usted más todo menor de 21 años, sin importar si vive o no con usted.

Nombre:	Edad:	Parentesco con el/la paciente:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Ingreso mensual del hogar:

Ingreso mensual bruto por ingresos (antes de deducciones)	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Indemnización por desempleo	\$ _____
Manutención de hijos menores o de excónyuge	\$ _____
Otros	\$ _____
INGRESO TOTAL	\$ _____

Gastos:

Pago mensual de renta o hipoteca: \$ _____	Manutención de hijos menores o de excónyuge: \$ _____
Prima de seguro médico: \$ _____	Médico o dental: \$ _____
Servicios públicos y teléfono particular: \$ _____	Transporte: \$ _____
Alimentos/casa/necesidades personales: \$ _____	Guardería/colegiatura: \$ _____
	Otros: _____ \$ _____

GASTOS TOTALES: \$ _____

Cálculo de sueldo base: (Para uso exclusivo de la oficina) \$ _____

Con mi firma en este documento autorizo al Barton Health que verifique toda la información que proporciono. Me queda claro que es posible que me pidan comprobantes de lo anterior. Además, confirmo que todos los datos proporcionados en esta solicitud son veraces y completos a mi leal saber. En caso de que se determine que la información que brindé está incompleta, podría revertirse todo descuento otorgado para reducir mi cuenta y se me exigirá que realice el pago en su totalidad.

De recibir dinero de una aseguradora, o por indemnización por accidente en el trabajo o de un tercero, me comprometo a informar al Barton Health que recibí dicho pago. Me queda claro que Barton Health se reserva el derecho de cobrar los cargos facturados originales y totales en caso de que un tercero haga el pago total o parcial de los servicios que brindó el hospital.

Firma del/de la paciente o tutor legal*

Fecha

Firma de cónyuge o pareja de hecho

Fecha

*En caso de que él o la paciente sea menor de edad, el tutor o la tutora legal debe llenar este documento.

Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias (Hospital Bill Complaint Program)

El Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted cumple con los requisitos para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le ha denegado la ayuda económica por error, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Contáctenos si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la facturación o el proceso de cobro.