



Saint Agnes Medical Center

El propósito de esta carta es agradecerle su interés en nuestro Programa de Ayuda Financiera. Si usted y/o un integrante de su familia ha solicitado ayuda financiera en Saint Agnes Medical Center en los últimos (6) seis meses, por favor comuníquese con nuestra oficina al (559) 450-3145 o (855) 224-5998 antes de completar esta solicitud.

Por favor devuelva la solicitud completa con todos los documentos pertinentes que figuran a continuación en un plazo de (30) días:

- Estados de cuenta bancarios de tres (3) meses, declaración detallada de todas sus cuentas, incluyendo cuentas de cheques, ahorros, y/o cuenta de inversión que demuestren depósitos y retiros. Por favor proporcione una explicación para todos los depósitos si es necesario. (Necesario)**
- Prueba de fuentes de ingresos ganados o no derivados como se documenta a continuación. (Necesario)**

1. Tres (3) talonarios de cheques recientes suyos, esposo/a y otros miembros de su familia que reciban ingresos. O
2. Declaración de impuestos federal actual o más reciente suya y/o de su cónyuge O
3. Declaración de cálculo de cuotas recibidas de familiares o amigos indicando la ayuda recibida Y
4. Cualquier otra documentación aplicable a usted, esposo/a, y otros miembros de su familia:
 - Declaración de impuestos recientes que incluyan pérdidas/ganancias por negocio propio.
 - Declaración de impuestos recientes para verificar sus dependientes.
 - Declaración de beneficios de desempleo
 - Ayuda financiera estudiantil (carta de recursos)
 - Carta de determinación para asistencia pública (ej., CalFresh, Medi-Cal, etc.)
 - Seguro Social y/o Incapacidad del Seguro Social suya y todas las personas del hogar. Carta de adjudicación (copia) o cheque (copia)
 - Dividendo, intereses e ingresos de cualquier otro recurso (ej., propiedades de alquiler, pensión alimenticia, beneficios de jubilación, etc.).

Si no puede proporcionar uno o más de estos documentos, por favor envíe una carta con la explicación de por qué no fueron devueltos los documentos requeridos.

Envíe esta solicitud de ayuda financiera y comprobantes de ingresos a:

Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services - Financial Services
34375 W 12 Mile Road
Farmington Hills, MI 48331

Envió: _____

Por favor espere aproximadamente 30 días para que la solicitud sea procesada. Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor comuníquese con nuestra oficina al número que aparece abajo.

Atentamente,

Saint Agnes Medical Center
Departamento de Servicio Al Consumidor
(559) 450-3145 o (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

AVISO AL PUBLICO SOBRE REQUISITOS DE NO DISCRIMINACION Y ACCESIBILIDAD

Saint Agnes Medical Center, honora la santidad y dignidad de cada persona, cumpliendo con las Leyes y Derechos Civiles Federales, y no discrimina las condiciones de clases protegidas que incluyen, sin ser limitado, raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

Saint Agnes Medical Center: Provee ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:

- Personal calificado en lenguaje de señas y servicios de interpretación a través de nuestra línea para servicios de idiomas
- Información escrita en otros formatos come letras grandes, audio, acceso electrónico entre otros.

Provee servicios gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el Inglés, tales como:

- Interpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, por favor comuníquese con nosotros al (559)450-3000 TTY (559) 450-3233 para recibir ayuda.

Si usted cree que Saint Agnes Medical Center ha fallado en proveerle estos servicios o le ha discriminado de otra forma basada en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o género, usted puede someter una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico a la dirección siguiente:

**Saint Agnes Medical Center,
Attn: Risk Management
1303 E. Herndon Ave.,
Fresno, CA 93720
559-450-7475,
Email: Information@samc.com**

Usted también puede someter una queja por derechos civiles con EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Público, Oficina de Derechos Civiles. Electrónicamente vía web, por correo regular y por teléfono a la dirección siguiente:

**Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
Web <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Teléfono: 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697**

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

Ուժեղ ԴՆՏՆԻՅՈՒՄՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यहाँ आप हँदी बोलते हँ तो आपके िलए मुफ्त मँ भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हँ।) पर कॉल करँ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項 : 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます) まで、お電話にてご連絡ください。 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Panjabi

ਿਧਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Portugese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

شما ب رای رایگان ب صورت زبانی ت سه یلات ک نید، می گ ف تگو ف فارسی زبان ب ه اگ ر: توجه
ب گ یرید ت ماس ب ا. یا شد می ف راهم 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)

Cambodian

្រូបយក្រុម៖ េងបើសិនអ្នកនិយាយ ្រូបខ្មែរ, េងសង្ឃឹមនូវយើងអ្នក េងយមិនគិតលុយ គឺេងចង់សំបប់េងអ្នក។ ូរ
ូរសំពា ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เตือน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

1 ب رقم ات صل ب الامجان لك ت توافر ال لغوية المساعدة خدمات ف إن ال لغة، انكر شت تحدك نت إذا ملحوظة -)
بكم ال صم هات ف - . 11-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoa

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totagi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo [ho‘okomo ‘ōlelo], loa‘a ke kōkua manuahi iā ‘oe. E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA AYUDA FINANCIERA

Los servicios profesionales prestados por médicos afiliados y otros proveedores pueden ser facturados por separado. La solicitud de ayuda financiera está a discreción de esos proveedores, de acuerdo con sus políticas, procedimientos y reglamentos aplicables. La información proporcionada en esta solicitud puede ser suministrada a los proveedores afiliados para ayudar a los beneficiarios. Saint Agnes Medical Center honora la santidad y dignidad de cada persona, y cumple con las leyes federales y estatales, y no discrimina las condiciones de clases, incluyendo, pero no limitado, raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

Nombre del paciente			Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Mensaje Telefónico
Ciudad/Estado/ Código Postal			Número de Seguro Social
Dirección Postal (si es diferente) of Correo Electrónico			

Por favor, proporcione la siguiente información para usted (si no es el paciente), esposo y dependientes:

Nombre	Número Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente

Por favor incluya todos los números de cuenta y/o fechas de servicio que necesiten ser considerados para ayuda financiera:

Nombre del Paciente	Número de Cuenta	Fecha de Servicio	Saldo Medico

Estado del Seguro Médico

¿Ha presentado alguna solicitud para seguro médico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	En caso afirmativo, Nombre/ID
En caso afirmativo, presentó su solicitud a través de:			<input type="checkbox"/> Medicaid - Estado <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Le aprobaron un plan de seguro?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
¿Se inscribió y pagó la prima para un plan de seguro?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	

Bienes Activos

Saldo cuenta de cheques	Banco:	\$
Saldo cuenta de ahorros	Banco:	\$

Empleo

Persona empleada	Empleador	Ingreso bruto período	#de salarios brutos	Ingreso anual bruto
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

Otras Fuentes de Ingreso**Mensual****Anual**

Ayuda alimenticia o manutención	\$	\$
Programa de asistencia federal Tipo _____ (ej.: efectivo, cupones de alimentos/Cal-Fresh etc.)	\$	\$
Pago del Plan de Jubilación	\$	\$
Seguro Social/Incapacidad del Seguro Social	\$	\$
Desempleo o compensación al trabajador No. de semanas: _____ (Fecha de inicio: _____ fecha de finalización: _____) Por semana \$: _____	\$	\$
Otros ingresos (acciones/bonos/anualidades /interés/propiedad arrendada)	\$	\$
Otros ingresos (de la familia, amigos, iglesia, etc...)	\$	\$

VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN

Si necesitamos información adicional, se le notificará por teléfono, correo postal de los EE.UU. o por correo electrónico. Certifico que toda la información es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada será verificada y tratada como personal y confidencial. Autorizo la divulgación de cualquier y toda la información del Departamento de Servicios de Salud de California. **Entiendo que debo proporcionar verificación de ingresos, gastos, dependientes, estados de cuenta, comprobantes de pago y declaraciones de impuestos, si corresponde.** También entiendo que seré responsable por el pago total de los servicios prestados a *Trinity Health* si la información anterior se da de manera fraudulenta. Sé que sólo estoy pidiendo ayuda financiera de *Trinity Health* y no de otros proveedores de atención de salud o médicos.

FIRMA: _____

FECHA: _____

FIRMA CÓNYUGE (si aplica)

FECHA: _____