

Condado de San Joaquin

Asistencia y Elegibilidad Financiera Medica

Encerrado es una aplicación para programas de ayuda para gastos médicos proporcionados por el Condado de San Joaquin. El proceso de elegibilidad y evaluación financiera se determinará si usted es elegible para una variedad de programas federales, estatales o programas locales de asistencia. Si usted es elegible estos programas pueden proporcionar la cobertura de los servicios médicos básicos.

Los programas actuales son:

- Medical Assistance Program (MAP)
- Charity Care
- Catastrophic Charity
- Discount Program
- Prompt Pay Discount

Esta aplicación debe ser llenada completamente y firmada. Por favor traiga todos los documentos que aplican a su situación, ya que sólo una comprensión completa de su situación financiera nos permitirá determinar correctamente su elegibilidad para los programas de cobertura médica.

Durante su entrevista, se le puede pedir traer documentos adicionales no en esta lista. Si documentación necesitada no es proporcionada, su aplicación será considerada incompleta y será negado. Los documentos solicitados establecerán su elegibilidad para programas basados en la residencia legal, los ingresos y para algunos programas, los activos financieros. Completar el proceso de aplicación le ayudará en programas de identificación que ayudarán le a encontrar sus necesidades médicas y proporcionar alcance de gastos médicos.

DOCUMENTACION REQUERIDA - La Identidad, La Residencia, Financia

1. **Una Identificación con foto del gobierno de los Estados Unidos.**
2. **Tarjeta de Seguro Social.**
3. **Prueba de ciudadanía o residencia permanente** (acta de nacimiento o tarjeta de residencia permanente)
4. **Prueba de su residencia** en el Condado de San Joaquín (por ejemplo un gasto de luz) aunque este bajo de el nombre de otra persona.
5. Declaración de la hipoteca de su Casa o recibo de su renta mas reciente o contrato de renta.
6. Si esta viviendo con alguien provea por **favor una carta notarisada de parte de esta persona que explica su arreglo por los gastos o' favor de traer la persona a su cita.**
7. Prueba de Ingreso: Los últimos cuatro talones de pago. (Empleado, compensación de incapacidad de trabajo o discapacidad)
8. Verificación de beneficios de desempleo por UD. o miembros de su familia, Llame 1-800-300-5616 a registrar un derecho por beneficios o' Reporte de Ingreso del Seguro Social.
9. Si recibe "General Relief", un informe SJ64 de su trabajador de la elegibilidad que demuestra su numero del caso y estado actual.
10. Si esta viviendo en una programa de rehabilitación, se requiere una carta del director del programa que afirma la fecha de su entrada y su fecha prevista de la terminación.
11. Estado de Cuentas Bancarias- Los 3 meses pasados (todas las páginas)
12. Retorno completo de impuestos; personal y de negocio. (por el año más reciente con todas las copias de los W-2s). Si no tiene una copia, puede llamar al 1-800-829-1040 para una transcripción del impuesto.
13. Carta de su trabajo que indique si su compañía le ofrece/no ofrece seguro medico.
14. Aplicación para el programa de Covered California. *(si es aplicable)*
15. Medí-Cal/SSI/SSDI Documentación de caso, pendiente o negado. *(si es aplicable)*
16. Divorcio o Papeles Legales de Separación *(si es aplicable)*
17. Verificaciones de sus bienes. (IRA's, 401K's, Stocks, Bonds, Fondos Mutuos, Póliza de seguro de vida, registros de automóviles). *(si es aplicable)*

San Joaquin General Hospital • Post Office Box 1020 • Stockton • California 95201
Phone (209) 468-6679 • Fax (209) 468-7688 • Email MFA@sjgh.org

Deudas:

- a. Cantidad adeudada en hipotecas \$ _____
- b. Cantidad adeudada en automóviles \$ _____
- c. Cantidad adeudada en tarjetas de crédito \$ _____
- d. Otra (*indique*) _____ \$ _____

Gastos Mensuales:

- Renta o pago de casa \$ _____
- Alimentos \$ _____
- Servicio públicos (teléfono, agua, etc.) \$ _____
- Automóvil/Transporte (*Pago/Gasolina, etc.*) \$ _____
- Seguros (*casa, automóvil, de vida, etc..*) \$ _____
- Tarjeta de crédito/otras deudas \$ _____
- Otra _____ \$ _____

Al firmar este documento, le doy al condado de San Joaquin autorización para verificar cualquier información contenida en este formulario. Le doy al condado de San Joaquin autorización para obtener cualquier otra información para determinar mi responsabilidad financiera. Declaro bajo perjurio, la información contenida en este formulario es verdadera y correcta.

Fecha:	(Firma del paciente o fiador)
Fecha:	(Firma del cónyuge)