

Traducción de idiomas

Tenemos el compromiso de ofrecer información sobre del Programa de Asistencia Económica de SJH, en las comunidades a las que servimos de una forma fácil de entender. Además del idioma inglés, este folleto, la Política de Asistencia Económica de SJH y el formulario de Solicitud de Asistencia Económica de SJH están disponibles en otros idiomas, entre ellos el español. También proporcionamos ayuda en otros idiomas para llenar el formulario de solicitud. Si necesita ayuda de traducción, por favor, notifique al consejero financiero.

Confidencialidad

Entendemos que la necesidad de ayuda económica a los pacientes puede ser un tema delicado y profundamente personal para los pacientes y sus familias. Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de las solicitudes de asistencia, los datos recopilados en el proceso de solicitud, y el financiamiento o negación de asistencia de cualquier persona que participa en nuestro programa.

Nuestra Misión

En St. Joseph Health, parte de nuestra misión es brindar atención de calidad a todos nuestros pacientes, sin importar su capacidad de pago. Creemos que nadie debe postergar la búsqueda de atención médica porque carece de seguro médico o está preocupado por su capacidad de pago de la atención. Es por eso que tenemos un Programa de Asistencia Económica para aquellos pacientes elegibles.

¿Qué es el Programa de Asistencia Económica de St. Joseph Health?

El Programa de Asistencia Económica de St. Joseph Health (SJH) ayuda a poner nuestros servicios de atención de salud al alcance de todos en nuestra comunidad que necesitan atención emergente o médicamente necesaria. Esto incluye a las personas que no tienen seguro médico y no pueden pagar sus facturas de hospital, así como los pacientes que sí tienen seguro pero no pueden pagar la parte de su factura que no paga su seguro.

En ciertos casos los pacientes elegibles no serán obligados a pagar los servicios. en otros, se les podrá pedir hacer un pago parcial. En el caso de personas que califican para ayuda económica, nuestros hospitales limitan los pagos a un máximo equivalente a los montos usualmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a personas que cuentan con Medicare.

Los hospitales de SJH definen este límite como el monto calculado cuando se utiliza el proceso de facturación que usaría el hospital si el paciente fuera un beneficiario de Medicare que paga honorarios por servicio (fee-for-service). El AGB es igual al monto reembolsado por Medicare, más el monto que el paciente tendría la responsabilidad de pagar, de ser un beneficiario de Medicare, por concepto de copagos, coseguro y deducibles.

El hecho de calificar o no para ayuda económica no afectará el derecho del paciente de acceso a atención médicamente necesaria o de emergencia.

Hay información adicional sobre el Programa de Asistencia Económica de SJH en nuestro sitio web: stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance.

Santa Rosa Memorial Hospital

1165 Montgomery Drive,
Santa Rosa, CA 95405
stjoesonoma.org

Petaluma Valley Hospital

400 North McDowell Blvd.,
Petaluma, CA 94954
stjoesonoma.org

St. Joseph Hospital, Eureka

2700 Dolbeer Street,
Eureka, CA 95501
stjoehumboldt.org

Redwood Memorial Hospital

3300 Renner Drive,
Fortuna, CA 95540
stjoehumboldt.org

Queen of the Valley Medical Center

1000 Trancas Street,
Napa, CA 94558
thequeen.org

St. Joseph Health 

Un ministerio fundado por las Hermanas
de San José de Orange

Programa de Asistencia Económica



St. Joseph Health 

Un ministerio fundado por las Hermanas
de San José de Orange



¿Qué asistencia ofrecen?

Atención gratis o con descuento

Para aquellos que califican, se ofrece atención gratis o con descuento. La suma descontada será determinada según sus ingresos familiares en comparación con el Índice federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Su responsabilidad económica no excederá el AGB.*

Si sus ingresos familiares son:	Y usted ...	Entonces...	
200% del FPL o menos,	No asegurado o asegurado,	Usted no pagaría nada.	
201% - 350% del FPL,	No asegurado,	Usted pagaría solamente un porcentaje del AGB con base en una escala variable.	
	Asegurado,	Su responsabilidad estaría basada en el pago del seguro, como se indica a continuación:	
		Si el seguro paga ...	Entonces...
	Más o menos igual al monto de AGB,	Usted no pagaría nada	
	Menos que el monto de AGB,	Usted pagaría la diferencia entre el pago hecho por el seguro y el monto de AGB.	
351% - 500%, del FPL,	No asegurado,	Usted pagaría el monto de AGB.	
	Asegurado,	Usted pagaría la diferencia entre el pago hecho por el seguro y el monto de AGB.	

* Puede ver detalles sobre el modo en que se calcula el AGB en la *Política de Asistencia Económica de SJH*, disponible en el sitio web del hospital.

Planes de pago razonables

Se dispone de planes de pago razonables para los solicitantes calificados cuyos ingresos familiares no exceden el 350 % del Índice federal de pobreza. La política del Programa de Asistencia Económica de SJH incluye más información sobre los planes de pago razonables y las protecciones de las que goza usted bajo las Políticas de California sobre la Fijación de Precios Justos por Hospitales.

Para más detalles sobre el criterio para recibir atención gratis o con descuento, o un plan de pago razonable, comuníquese con un consejero financiero al **(707) 525-5228** o visite nuestro sitio web en **stjhs.org**.

Cómo solicitar asistencia

Sabemos que puede ser estresante acudir al hospital, tanto para nuestros paciente como para sus familias, entonces hemos hecho que el proceso de solicitud para el Programa de Asistencia Económica sea lo más fácil y conveniente posible. Puede hacer la solicitud antes, durante, o después de su estadía.

OBTENGA UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA:

Por correo postal: Llame a un consejero financiero al **(707) 525-5228** para pedir que le envíen un formulario de solicitud por correo.

En persona: Lo puede obtener de un representante del departamento de admisión del hospital.

(Vea la(s) ubicación(es) del hospital detallados en este folleto.)

En línea: Descargue e imprima un formulario de solicitud de nuestro sitio web: **stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance**.

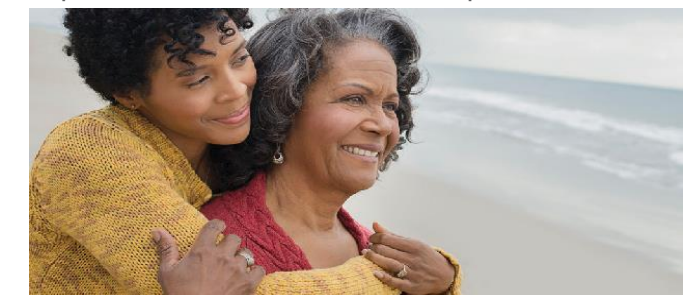
LLENE LA SOLICITUD:

Si tiene preguntas o requiere ayuda para llenar la solicitud, favor de acudir al departamento de admisión del hospital o llame al **(707) 525-5228** y pida hablar con uno de nuestros consejeros financieros.

PRESENTE LA SOLICITUD JUNTO CON TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Por correo postal: Envíe por correo a la dirección que aparece en la solicitud.

En persona: Entregue a un representante en el departamento de admisión del hospital.



¿Quién es elegible?

Si usted es un paciente o la persona responsable de la factura de hospital del paciente, es posible que tenga derecho a nuestro Programa de Asistencia Económica, si cumple las siguientes directrices:

Si usted no cuenta con seguro médico:

- Si usted no califica para un programa de seguro médico auspiciado por el gobierno, como Medicare, Medi-Cal, California Health Benefit Exchange u otros programas de cobertura médica financiados por el estado o condado.
- Sus ingresos familiares ascienden a menos del 500 % del Índice federal de pobreza.

Si tiene seguro médico, (incluso Medicare):

- Usted no puede pagar la parte de la factura que no está cubierta por su seguro.
- Sus ingresos familiares ascienden a menos del 500 % del Índice federal de pobreza.