La política se aplica a:
☐ Todas las empresas
☒ Sistema de Carson Tahoe Health
☒ Carson Tahoe Regional Healthcare
☒ Carson Tahoe Continuing Care (LTACH)
☒ Carson Tahoe Physician Clinics (CTPC)
☒ Carson Tahoe Cardiology (CTC)
☐ Physician Hospital Organization (PHO)
☐ Sierra Surgery

Título: PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA	
Autor: director del Ciclo de ingresos	**Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2016**
Aprobación: A. Beck, vicepresidente y director financiero	**Fecha de revisión: enero 2023**
Contacto: Servicios Financieros para Pacientes	**Cancela: Programa de beneficencia, Asistencia Financiera - Physician Clinics**
Fecha de revisión del Comité de políticas:	

POLÍTICA:

Carson Tahoe Health se compromete a tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión, independientemente de su situación financiera o capacidad de pago. En apoyo de este compromiso, Carson Tahoe Health ha establecido un Programa de Asistencia Financiera que ofrece atención gratuita y con descuento, según el tamaño de la familia y los ingresos de las personas.

A los pacientes que buscan asistencia se les puede pedir primero que soliciten otros programas externos, según corresponda, antes de que se determine la elegibilidad bajo esta política. Además, cualquier paciente sin seguro que se considere que tiene la capacidad financiera para comprar un seguro de salud puede ser alentado a que lo haga para ayudar a garantizar la accesibilidad a la atención médica y el bienestar general. La asistencia financiera se proporciona solo cuando la atención se considera médicamente necesaria y después de que se haya determinado que los pacientes cumplen con todos los criterios financieros.

PROPÓSITO:

Proporcionar pautas de descuento para la determinación congruente de atención de pago parcial o no compensado a pacientes que pueden no calificar para la asistencia estatal, federal, del condado o de otro tipo, o que no tienen medios razonables para pagar los servicios recibidos.

DEFINICIONES:

1. Médicamente necesario: servicios o productos de atención médica que un médico prudente proporcionaría a un paciente para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o dolencia, o cualquier síntoma de estas, que sean necesarios y que cumplan con lo siguiente:
    1. Sean provistos de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.
    2. Sean clínicamente apropiados con respecto al tipo, la frecuencia, la extensión, la ubicación y la duración.
    3. No se brinden principalmente para la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica.
    4. Sean necesarios para mejorar una afección de salud específica de un asegurado o para preservar el estado de salud existente del asegurado.
    5. Sean del nivel de atención médica más apropiado desde el punto de vista clínico y que se puedan brindar sin riesgos para el asegurado.

2. Atención de emergencia: atención inmediata que sea necesaria para evitar poner en grave peligro la salud del paciente, el deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
3. No asegurado: pacientes sin seguro ni asistencia de terceros para ayudar a resolver su responsabilidad financiera con los proveedores de atención médica.
4. Con seguro insuficiente: el paciente tiene alguna cobertura de seguro pero no es suficiente, o cuando un paciente está asegurado pero no puede pagar los gastos de bolsillo que no cubre la aseguradora del paciente.
5. Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB): el monto que se suele facturar a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médicamente necesaria (que se determina como se describe en la sección D de la política a continuación).
6. Presunta elegibilidad: el proceso mediante el cual el hospital puede utilizar determinaciones de elegibilidad previas o información de distintas fuentes ajenas al paciente para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.
7. Comité de Asistencia Financiera: equipo multidisciplinario interno cuya función es revisar todas las solicitudes de asistencia financiera para determinar la aprobación y denegación de acuerdo con esta política.
8. Asistencia Financiera Catastrófica: asistencia financiera disponible para pacientes con un nivel federal de pobreza superior al 400 % y cuyos gastos médicos sean superiores a una cuarta parte de sus ingresos anuales. Los pacientes elegibles serán considerados para un descuento catastrófico que limitará sus gastos de bolsillo a un máximo del 25 % de los ingresos brutos anuales. En caso de que el paciente no cumpla con los acuerdos de pago del saldo descontado, el descuento catastrófico se agregará nuevamente a la cuenta con el saldo ajustado referido a un servicio de cobranza.

PROCEDIMIENTO:

A. Proceso de remisión:

1. El proceso de remisión ocurrirá idealmente antes del servicio o en el mismo momento, pero puede ocurrir en cualquier momento durante el proceso de cobro, incluso después de la asignación a una agencia de cobro externa.
2. Los pacientes sin seguro primero deben ser evaluados por un proveedor de elegibilidad o un software de evaluación financiera para determinar si pueden acceder a otra fuente de pago, que incluye, entre otros, asistencia federal, estatal o del condado.
3. Las áreas que pueden hacer remisiones al programa de Asistencia Financiera son las siguientes: Acceso para Pacientes, Servicios Financieros para Pacientes, Agencia de Cobro, Práctica Médica y otras organizaciones comunitarias.
4. Las remisiones de Asistencia Financiera deben hacerse antes de cualquier procedimiento planificado.

B. Proceso de selección:

1. Todos los pacientes que no puedan pagar serán evaluados para recibir asistencia financiera por parte de Acceso para Pacientes o Servicios Financieros para Pacientes. Si se determina que no es elegible para recibir asistencia externa, el paciente es remitido a un asesor financiero para una evaluación de asistencia financiera utilizando las pautas de ingresos más recientes publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. En este momento, comienza el proceso de solicitud de asistencia financiera.
2. Los pacientes deben vivir dentro del área de servicio principal de Carson Tahoe Health para que se los tenga en cuenta para recibir asistencia financiera. El área de servicio se define como pacientes que

residen en los condados de Carson City, Douglas y Washoe. Se pueden hacer excepciones a los pacientes fuera de estas áreas y se consideran caso por caso.

3. Los factores que se deben considerar durante el proceso de selección incluyen la comparación de los ingresos brutos del paciente con las pautas federales de pobreza publicadas anualmente, la determinación legal del hogar, el tratamiento recibido, la cantidad de cuentas bajo revisión, los saldos de las cuentas del paciente y el agotamiento de todas las demás fuentes de pago, incluida la financiación privada.
4. Los pacientes sin seguro deben solicitar asistencia del programa gubernamental directamente a través de dicho programa.

C. Criterios de elegibilidad:

1. El programa de Asistencia Financiera solo se puede usar para la atención médicamente necesaria, según se define en la sección de definiciones de esta política.
2. A todos los solicitantes se les asignará un Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) utilizando la matriz que se encuentra en la tabla más actualizada del FPL, según lo definido por el IRS (Anexo A). Los ingresos totales del hogar se conformarán según la verificación de ingresos de los últimos 3 meses aportada más los activos en exceso según lo que se define en los puntos 8 y 9.
3. La cantidad de dependientes legales del hogar se basará en la última declaración de impuestos presentada.
4. A los pacientes con un ingreso familiar menor o igual al 400 % según el FPL se los tendrá en cuenta para el programa de Asistencia Financiera. Los pacientes con un FPL superior al 400 % no son elegibles y se buscarán arreglos de pago alternativos, a menos que los servicios médicamente necesarios se consideren catastróficos. El descuento total se determinará utilizando las siguientes pautas:

FPL	Descuento
0 %-250 %	100 %
251 %-300 %	75 %
301 %-350 %	50 %
351 %-400 %	25 %

5. Los pacientes elegibles para los siguientes programas/servicios se consideran médicamente indigentes y es posible que no requieran una solicitud completa de Asistencia Financiera para ser considerados para el programa:
    - Programas de asistencia estatal (cupones de alimentos, programas de asistencia farmacéutica, asistencia social, etc.). El paciente deberá presentar un comprobante de inscripción para su determinación.
    - Pacientes actualmente cubiertos por Medicaid, pero que no son elegibles en la fecha del servicio, o pacientes elegibles para servicios de emergencia o embarazo de Medicaid solamente.
6. En el caso de los pacientes con seguro insuficiente, se debe obtener un pago, una denegación o un resumen de beneficios del seguro primario antes de ser considerados para el programa de Asistencia Financiera.
7. Los montos de los costos compartidos del paciente, si los hubiera, se determinarán utilizando la matriz que se muestra en el Anexo A.
8. Los activos exentos de contraprestación financiera incluyen la residencia donde vive el paciente o su familia, los automóviles necesarios para transportar a todas las personas que trabajan hacia y desde el trabajo, las cuentas de ahorro con menos de dos meses de ingresos y las cuentas de jubilación con menos de $50 000.00.
9. Los activos que se consideren en exceso de las exenciones mencionadas anteriormente se totalizarán y se agregarán a los ingresos familiares anuales del solicitante para considerar la elegibilidad.

D. Determinación del monto del descuento

1. Una vez que se haya establecido la elegibilidad para la asistencia financiera, Carson Tahoe Health no cobrará a los pacientes que son elegibles para la asistencia financiera más que los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médicamente necesaria.
2. Para calcular el AGB, Carson Tahoe Health utiliza el método de "retrospectiva" descrito en la sección 4(b)(2) de la regla final 501(r) del IRS y del Tesoro. Carson Tahoe Health utiliza datos basados en las reclamaciones procesadas por las aseguradoras de pago por servicio de Medicare, y todas las aseguradoras comerciales privadas para toda la atención médica durante el año anterior para determinar el porcentaje de cargos brutos que normalmente permiten estas aseguradoras.
3. Luego, el porcentaje de AGB se multiplica por los cargos brutos por atención médica y de emergencia para determinar el descuento. Carson Tahoe Health vuelve a calcular el porcentaje cada año. En 2022, el porcentaje de AGB para servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios fue del 30.9 % según los datos del año calendario 2021.
4. El descuento se aplicará a los cargos brutos o al saldo después del seguro una vez que se haya recibido una solicitud completa de Asistencia Financiera y el comité de Asistencia Financiera haya tomado una determinación. (Cargos brutos X porcentaje de AGB = monto ajustado para Asistencia Financiera o saldo después del seguro X porcentaje de AGB = monto ajustado para Asistencia Financiera)

E. Proceso de solicitud

1. Las solicitudes de Asistencia Financiera (Anexo B) pueden ser distribuidas por los departamentos de Acceso al Paciente y Servicio Financiero al Paciente. Los pacientes también pueden obtener una solicitud de Asistencia Financiera en el sitio web de la organización o en línea en: [http://carsontahoe.com/financialservices]. Una vez que se recibe una solicitud completa, la clase financiera de la cuenta se cambia para dejar pendiente el proceso de cobro hasta que se determine la solicitud.
2. La documentación financiera de respaldo debe presentarse con una solicitud de Asistencia Financiera completa y debe incluir lo siguiente:
    - formularios de impuestos presentados en el año anterior;
    - al menos los últimos 90 días de recibos de pago u otras fuentes de ingresos (es decir, seguro social, desempleo, etc.);
    - estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses (todas las cuentas);
    - recibos de hipoteca/alquiler de los últimos tres meses;
    - estados de cuenta de cualquier otra cuenta de activos (es decir, fondos de jubilación, pólizas de seguro, inversiones, etc.).
3. Las solicitudes completadas deben devolverse junto con toda la documentación de respaldo dentro de los 14 días posteriores a su emisión, ya sea entregándolas en persona o enviándolas por correo postal a la atención de: Financial Counseling Carson Tahoe Regional Medical Center at 1600 Medical Parkway, Carson City, NV. Se hará un seguimiento con el paciente para garantizar la recepción oportuna de la solicitud completa. La falta de cooperación del paciente para dar seguimiento a las solicitudes del asesor financiero resultará en una denegación después de 30 días sin respuesta. Si no se recibe información, la cuenta pasará al proceso de cobro regular.
4. Se les comunicará a los pacientes la información incompleta de las solicitudes presentadas si falta algún documento de respaldo. Los pacientes tendrán 30 días adicionales para cumplir con las solicitudes de documentación requeridas. El incumplimiento de las solicitudes adicionales resultará en la denegación de la solicitud de Asistencia Financiera.
5. Una denegación emitida debido a la falta de cooperación del paciente para proporcionar la documentación solicitada prohibirá que el paciente vuelva a solicitar asistencia financiera para esa(s) cuenta(s).

F. Revisión de la solicitud

1. Las solicitudes de Asistencia Financiera completadas con la documentación de respaldo requerida se enviarán al asesor financiero, quien será responsable de solicitar un informe de la agencia de crédito y armar el paquete completo de solicitud de Asistencia Financiera.
2. Los pacientes pueden ser contactados en cualquier momento durante el proceso de revisión de la solicitud y se les puede pedir que presenten la documentación adicional necesaria para tomar una determinación. La falta de cooperación de dichas solicitudes puede resultar en una denegación.
3. El departamento de Servicios Financieros para Pacientes será el custodio de todas las solicitudes de Asistencia Financiera completas, incompletas y denegadas. Toda la documentación de Asistencia Financiera se escaneará e incorporará a la cuenta del paciente, y se conservará durante un mínimo de siete años.
4. Los paquetes de solicitud de Asistencia Financiera completados se enviarán para su aprobación (incluidas las solicitudes de aprobación previa) al comité de Asistencia Financiera una vez por mes, o según sea necesario. El comité revisará todas las cuentas, incluidas las decisiones apeladas.

G. Aprobación

1. Una vez que el comité de Asistencia Financiera haya aprobado una solicitud, el asesor financiero se asegurará de que los ajustes de descuento se realicen dentro del mes de aprobación dirigiéndolos a Servicios Financieros para Pacientes para el ajuste final.
2. Todos los saldos pendientes de la cuenta del solicitante dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta se contemplarán para la asistencia financiera y se ajustarán según corresponda, si se aprueban.
3. Las aprobaciones de Asistencia Financiera para un curso continuo de tratamiento se aplicarán a las cuentas relacionadas hasta tres meses después de la aprobación. El paciente deberá volver a solicitar asistencia financiera con cualquier información actualizada si necesita asistencia financiera más allá del período de aprobación.
4. La notificación de aprobación se envía al paciente dentro de los 10 días posteriores a la decisión y se hacen arreglos financieros para cualquier saldo restante del paciente.
5. Se espera que los médicos que hacen remisiones de Asistencia Financiera brinden atención gratuita o de pago parcial en proporción a los servicios brindados por Carson Tahoe Health.

H: Denegaciones

1. La notificación de denegación se envía al paciente dentro de los 10 días posteriores a la decisión y se hace lo posible para cobrar los saldos restantes de la cuenta.
2. Las cuentas denegadas para la Asistencia Financiera se enviarán de vuelta a través del proceso de cobro, incluido el reenvío a la agencia de cobro.
3. Se pueden hacer reconsideraciones para los pacientes que presenten información nueva o revisada dentro de los 30 días posteriores a la notificación de la decisión de denegación.
4. Las disputas de denegación de solicitudes presentadas por el paciente/garante deben hacerse por escrito y enviarse al asesor financiero de Carson Tahoe Health para su revisión y respuesta.

I: Acciones en caso de falta de pago

Las medidas de cobro que Carson Tahoe Health puede tomar si no se recibe una solicitud de asistencia financiera o un pago se detallan en una política separada.

En resumen, Carson Tahoe Health hará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes información sobre nuestra política de asistencia financiera antes de que nosotros o nuestros representantes de la agencia tomemos

determinadas medidas para cobrar su factura (estas acciones pueden incluir acciones civiles, ventas de deudas o reportar información negativa a las agencias de crédito).

En la Política de Facturación y Cobros de Carson Tahoe Health se incluye más información sobre los pasos que Carson Tahoe Health tomará para informar a los pacientes sin seguro sobre nuestra política de asistencia financiera y las actividades de cobro que podemos llevar a cabo.

Puede solicitarle una copia gratuita de esta política a nuestro asesor financiero en nuestras instalaciones en 1600 Medical Parkway, Carson City, NV 89703, llamándonos al 775-445-8609 o en línea en: [http://carsontahoe.com/financialservices].

J: Publicidad de la Asistencia Financiera

El hospital informará al público sobre la disponibilidad de asistencia financiera a través de los siguientes métodos.

1. El hospital tendrá exhibiciones públicas visibles que informarán a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera. Dichas pantallas estarán ubicadas en la sala de emergencias y en todas las áreas de admisión que incluyan la siguiente información:
    a. La asistencia financiera está disponible en virtud de la política de asistencia financiera del hospital.
    b. Información sobre cómo o dónde obtener información sobre la política de asistencia financiera y el proceso de solicitud.
    c. Información sobre cómo o dónde obtener copias de esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje simplificado de esta política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera.
2. El hospital ofrecerá una copia impresa del resumen en lenguaje simplificado de esta política de asistencia financiera a todos los pacientes como parte del proceso de admisión o alta.
3. El hospital incluirá la siguiente información en todos los estados de cuenta:
    a. La asistencia financiera está disponible en virtud de la política de asistencia financiera del hospital.
    b. El número de teléfono de una oficina o un departamento del Hospital que pueda proporcionar información sobre la política y el proceso de asistencia financiera.
    c. La dirección del sitio web (URL) donde están disponibles esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje simplificado de dicha política y la solicitud de asistencia financiera.
4. En el sitio web del hospital podrá encontrar en todo momento esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje simplificado de dicha política y la solicitud de asistencia financiera.
5. Las copias impresas de esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje simplificado de dicha política y la solicitud de asistencia financiera estarán disponibles a pedido y sin cargo por correo postal, comunicándose con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes.
6. El hospital hará todos los esfuerzos razonables para notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre esta política de asistencia financiera de manera que llegue a las personas que tienen más probabilidades de necesitarla.
7. Si alguna población con dominio limitado del inglés incluye a más del 5 % de la población de la comunidad del Hospital o más de 1000 personas, entonces todos los métodos de comunicación mencionados en esta política también se seguirán en el idioma principal de esa población.

K: Proveedores elegibles

1. Además de la atención brindada por Carson Tahoe Health System, la atención de emergencia y médicamente necesaria brindada por las entidades que se mencionan a continuación también está cubierta por esta política de asistencia financiera.
    a. Carson Tahoe Regional Healthcare y todas las filiales
    b. Carson Tahoe Continuing Care y todas las filiales
    c. Carson Tahoe Physician Clinics y todas las filiales

2. La atención proporcionada por cualquiera de los proveedores que no figuran en la sección J de proveedores elegibles NO estará cubierta por esta póliza.

Anexo "A"

Pautas del 2023 sobre el Nivel Federal de Pobreza

Pautas de ingresos anuales								
Tamaño de la familia	**100 %**	**133 %**	**150 %**	**185 %**	**200 %**	**250 %**	**300 %**	**400 %**
1	$14 580.00	$19 391.40	$21 870.00	$26 973.00	$29 160.00	$36 450.00	$43 740.00	$58 320.00
2	$19 720.00	$26 227.60	$29 580.00	$36 482.00	$39 440.00	$49 300.00	$59 160.00	$78 880.00
3	$24 860.00	$33 063.80	$37 290.00	$45 991.00	$49 720.00	$62 150.00	$74 580.00	$99 440.00
4	$30 000.00	$39 900.00	$45 000.00	$55 500.00	$60 000.00	$75 000.00	$90 000.00	$120 000.00
5	$35 140.00	$46 736.20	$52 710.00	$65 009.00	$70 280.00	$87 850.00	$105 420.00	$140 560.00
6	$40 280.00	$53 572.40	$60 420.00	$74 518.00	$80 560.00	$100 700.00	$120 840.00	$161 120.00
7	$45 420.00	$60 408.60	$68 130.00	$84 027.00	$90 840.00	$113 550.00	$136 260.00	$181 680.00
8	$50 560.00	$67 244.80	$75 840.00	$93 536.00	$101 120.00	$126 400.00	$151 680.00	$202 240.00

Pautas de ingresos mensuales								
Tamaño de la familia	**100 %**	**133 %**	**150 %**	**185 %**	**200 %**	**250 %**	**300 %**	**400 %**
1	$ 1215	$ 1616	$ 1823	$ 2248	$ 2430	$ 3038	$ 3645	$ 4860
2	$ 1643	$ 2186	$ 2465	$ 3040	$ 3287	$ 4108	$ 4930	$ 6573
3	$ 2072	$ 2755	$ 3108	$ 3833	$ 4143	$ 5179	$ 6215	$ 8287
4	$ 2500	$ 3325	$ 3750	$ 4625	$ 5000	$ 6250	$ 7500	$ 10 000
5	$ 2928	$ 3895	$ 4393	$ 5417	$ 5857	$ 7321	$ 8785	$ 11 713
6	$ 3357	$ 4464	$ 5035	$ 6210	$ 6713	$ 8392	$ 10 070	$ 13 427
7	$ 3785	$ 5034	$ 5678	$ 7002	$ 7570	$ 9463	$ 11 355	$ 15 140
8	$ 4213	$ 5604	$ 6320	$ 7795	$ 8427	$ 10 533	$ 12 640	$ 16 853

Descuento del programa de Asistencia Financiera basado en las Pautas Federales de Pobreza:

FPL	Descuento
0 %-250 %	100 %
251 %-300 %	75 %
301 %-350 %	50 %
351 %-400 %	25 %

Anexo "B"

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA

Complete la solicitud adjunta para ayudarnos a determinar su elegibilidad en nuestro programa de asistencia financiera. Devuelva la solicitud al departamento de Asesoría financiera, junto con ***copias*** de los siguientes documentos:

- ❒ Talones de cheques de nómina de los últimos 3 meses O verificación de compensación por desempleo
- ❒ Su última declaración de impuestos federales (incluya todas las páginas)
- ❒ Verificación de beneficios por discapacidad o del Seguro Social (si corresponde)
- ❒ Recibos de alquiler o hipoteca de los últimos 3 meses (o copia del contrato de alquiler)
- ❒ Estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses (todas las cuentas corrientes y de ahorros)
- ❒ Copias de facturas médicas
- ❒ Últimos 3 meses de facturas de servicios públicos
- ❒ Estados de cuenta de jubilación (por ejemplo, 401k, cuentas IRA)

Esta solicitud DEBE SER DEVUELTA al Departamento de Cuentas del Paciente o al asesor financiero DENTRO DE LOS 14 DÍAS. Si se requiere tiempo adicional debido a su afección médica, o si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con un asesor financiero al (775) 445-8609 o visítenos en Carson Tahoe Regional Medical Center 1600 Medical Parkway Carson City, NV 89703 en el primer piso de la Estación 1. Las solicitudes completas también se pueden devolver a Carson Tahoe Specialty Medical Center en 775 Fleischmann Way, Carson City, NV 89703 o por correo postal a:

Carson Tahoe Regional Medical Center
Attention: Financial Counseling
1600 Medical Parkway
Carson City, NV 89703

El hospital le notificará la determinación de elegibilidad dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

Toda la información relacionada con esta solicitud se mantendrá completamente confidencial.

SOLICITUD FINANCIERA

Esta solicitud cubrirá todas las cuentas **activas** de:
Garante (persona responsable): _____

Jefe de familia
Nombre del cónyuge
Dirección
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono

Personas que residen en el hogar (indique nombre y apellido)

NOMBRE	Relación	Edad

HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS INGRESOS DE SU HOGAR

Fuente de ingreso	Ingreso mensual	Tarifa por hora	PROMEDIO de horas trabajadas por semana
Pensión/Jubilación			
Seguridad social			
Salarios devengados (jefe de familia)			
Salarios devengados (cónyuge)			
Compensación por desempleo			
Pensión alimenticia			
Manutención infantil			
Asistencia pública			
Otros ingresos			
TOTAL			

GASTOS MENSUALES

Alquiler	$	Gasolina	$
Alimentos	$	Seguro	$
Electricidad	$	Farmacia	$
Combustible para calefacción	$	Cuidado de niños	$
Teléfono	$	Manutención infantil	$
Televisión por cable	$	Pensión alimenticia	$
Agua	$	Otros	$

ACTIVOS

Descripción	Año/Marca	Valor	Saldo	Cuota mensual	Institución
Hogar					
Automóvil					
Automóvil					
Casa rodante/barco					
Efectivo disponible					
Acciones/bonos/fondo de inversión					
Seguro de vida					

OTROS GASTOS

Nombre de la lista	**Saldo actual**	**Cuota mensual**
Banco/Cooperativa de crédito (crédito o préstamos)		
	$	$
	$	$
TOTAL de facturas médicas **(adjuntar recibos)**	$	$
Deuda de la agencia de cobro	$	$
Otros	$	$

AUTORIZACIÓN

Solicito que Carson Tahoe Regional Healthcare utilice la información adjunta para determinar mi elegibilidad para un ajuste del programa de beneficencia. Entiendo que la información presentada está sujeta a verificación, y la aprobación se basará en esa verificación. Autorizo a Carson Tahoe Regional Healthcare a obtener información de cualquier fuente que considere necesaria para determinar un acuerdo financiero aceptable o ayudarme a obtener asistencia financiera.
Al autorizarlo, libero a cualquier persona o empresa de cualquier responsabilidad relacionada con dicha divulgación.

_____ _____

Firma del responsable Fecha