

Hemos incluido la Solicitud de la Unidad de Asesoramiento Financiero de Natividad para Servicios de Caridad y Programas de Descuento.

- Natividad solo puede solicitar declaraciones de impuestos y recibos de pagos de renta para la documentación de ingresos.
- Los pacientes que solo solicitan ayuda de los programas de descuento pudieran recibir menos asistencia financiera si no solicitan también al programa de caridad.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones de defensa del consumidor gratuitas que le ayudarán a entender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a la Alianza del Consumidor de Salud al (888) 804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.

Programa de quejas sobre facturas hospitalarias

El Programa de Quejas sobre Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que le negaron indebidamente asistencia financiera, 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.

____ Adjunto de Idioma

English

ATTENTION: If you need help in your language, call (831) 796-1612 or visit Human Resources. The office is open 7:30 am to 5:00 pm Monday - Friday and located near to the Main Lobby. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available. These services are free.

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al (831) 796-1612 o visite Recursos Humanos. La oficina está abierta de 7:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, y está ubicada cerca del vestíbulo principal. También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

Arabic

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم (831) 796-1612 أو قم بزيارة الموارد البشرية. المكتب مفتوح من 7:30 صباحًا حتى 5:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة، وهو موجود بالقرب من الردهة الرئيسية. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الوثائق المكتوبة بطريقة برايل والمطبوعات الكبيرة والصوت وغيرها من التنسيقات

Armenian

Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք (831) 796-1612
հեռախոսահամարով կամ այցելեք մարդկային ռեսուրսների բաժին: Գրասենյակը բաց է 07:30-ից մինչև 17:00՝ երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, և գտնվում է գլխավոր նախասրահի մոտ: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար հասանելի են նաև օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, ինչպիսիք են՝ բրայլյան, խոշոր տպագրությամբ փաստաթղթերը, ադապտացիոն և այլ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերը: Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាសំឡេង សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ (831) 796-1612 ឬចូលទៅផ្នែកធនធាន មនុស្ស។
ការិយាល័យបើកដំណើរការពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ហើយមានទីតាំង នៅជិត Main Lobby។
ជំនួយ និងសេវាកម្មជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរសម្រាប់មនុស្សខ្វាក់ (braille) ការបោះពុម្ពធំ សម្លេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិក
ដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះ ឥតគិតថ្លៃ។

Chinese

如果您需要语言帮助，请致电 (831) 796-1612 或前往人力资源部。办公室位于主厅 (Main Lobby) 附近，营业时间为周一至周五上午 7:30 至下午 5:00。我们还为残障人士提供辅助工具和服务，如盲文、大字体、音频和其他无障碍电子格式文件。上述服务均免费。

如果您需要語言方面的幫助，請致電 (831) 796-1612 或造訪人力資源部。辦公室開放時間為星期一 - 星期五上午 7:30 至下午 5:00，地點位於主大廳附近。還提供針對殘障人士的幫助與服務，例如布拉耶點字法、大字體列印、音訊，以及其他無障礙電子格式的文件。這些服務都是免費的。

Farsi

تماس بگیرید یا به بخش منابع انسانی مراجعه کنید. 1612-796 (831) اگر به زبان خود به کمک نیاز دارید، با شماره اداره از ساعت 7:30 صبح تا 5:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه باز است و نزدیک لابی اصلی قرار دارد. کمک و خدمات مخصوص افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل، چاپ بزرگ، صوتی و سایر فرمت‌های الکترونیکی قابل‌دسترس نیز موجود است. این خدمات رایگان است.

Hmong

Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau (831) 796-1612 los sis mus cag Feem Saib Neeg Ua Hauj Lwm (Human Resources). Chav ua hauj lwm qhib thaum 7:30 teev sawv ntxov txog 5:00 teev tsaus ntuj hnuv Monday - Friday thiab nyob ze rau cheeb tsam Chav Tos Qhua Loj (Main Lobby). Kev pab thiab pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su, luam ua tus ntawv loj, ua suab, thiab lwm hom ntawv hauv es lev taus niv puav leej muaj pub. Cov kev pab cuam no yog pub dawb.

Japanese

母国語でのサポートが必要な場合は、(831) 796-1612 に電話するか、人事部にお問い合わせください。オフィスは月～金曜日の午前7時30分～午後5時まで営業しており、メインロビーの近くにあります。点字、大活字、音声、その他のアクセシブルな電子形式の文書など、障害者用補助サービスもご利用いただけます。これらのサービスは無料です。

Korean

귀하의 언어로 도움을 받으려면 (831) 796-1612로 전화하거나 인사과(Human Resources)를 방문하십시오. 사무실은 월요일 ~ 금요일, 오전 7시 30분 ~ 오후 5시까지 운영하며, 메인 로비 근처에 있습니다. 점자, 큰 활자, 오디오, 및 기타 이용 가능한 전자 형식의 문서와 같이 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공해 드립니다. 이러한 서비스는 무료입니다.

Laotian

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໂທຫາ (831) 796-1612 ຫຼື ໄປຫາພາກສ່ວນບຸກຄາລະກອນ. ຫ້ອງການແມ່ນເປີດແຕ່ 7:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ ແລະ ຫ້ອງການຢູ່ໃກ້ກັບຫ້ອງໂຖງໃຫຍ່. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຄົນພິການເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ພິມຕົວໜັງສືໃຫຍ່, ເປັນສຽງ ແລະ ຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

Beiv hhangv meih qiemx zuqc longc mienh tengx faan benx meih nyei waac bun muangx nor, douc waac lorx taux (831) 796-1612 a'fai bieqc mangc yiem goux mienh nyei dinc zangc gorn. Naaiv norm dinc zangc ze'weic gorn se koi zoux gong yiem 7:30 diemv lungn ndorm mingh taux 5:00 diemv lungn hmuangx yiem leiz baaix yietv - leiz baaix hmz aengx caux yiem njiec nitv fatv meih nyei deic jei dorngx wuov. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jauv-louc tengx ziux goux wuaaic fangx mienh, dorh nyungc horngh sou zoux benx nzangc-pokc bun hlou, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyeic nyungc horngh gong yiem ga'nyuoz electronic bun longc oc. Naaiv deix gong-bou jauv-louc se wangv-henh tengx nzie hhangv oc

Punjabi

यदि आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो (831) 796-1612 पर फोन करें या Human Resources के पास जाएं। ऑफिस, सोमवार से शुक्रवार सुबह 7:30 बजे से शाम 5:00 बजे तक खुला रहता है, और मेन लॉबी के पास स्थित है। विकलांग लोगों के लिए, ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियो और अन्य सुलभ इलेक्ट्रॉनिक फॉर्मैट्स में दस्तावेज जैसी सहायता और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Russian

Если Вам требуется помощь на Вашем родном языке, позвоните по телефону (831) 796-1612 или посетите отдел кадров. Офис открыт с 7:30 до 17:00, с понедельника по пятницу, и расположен рядом с главной приемной. Также доступны приспособления и услуги для лиц с ограниченными возможностями, например, документы, напечатанные шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в аудиозаписи и других доступных электронных форматах. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (831) 796-1612 o bisitahin ang visit Human Resources. Ang opisina ay bukas mula 7:30 ng umaga hanggang 5:00 ng hapon Lunes - Biyernes at matatagpuan malapit sa Main Lobby. Ang mga tulong at serbisyo sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumentong naka-braille, malalaking imprinta, audio, at iba pang accessible electronic format ay available rin. Ang mga serbisyong ito ay libre.

Thai

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปที่ (831) 796-1612 หรือไปที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล สำนักงานเปิดทำการตั้งแต่ 7.30 น. ถึง 17.00 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ และตั้งอยู่ใกล้กับห้องโถงหลัก มีสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสำหรับบุคคลที่มีความทุพพลภาพด้วยเช่นกัน เช่น เอกสารในอักษรเบรลล์ เอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ เอกสารเสียง และเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Ukrainian

Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте (831) 796-1612 або зверніться до відділу кадрів. Відділ працює з понеділка по п'ятницю з 7:30 до 17:00, і розташований біля головного вестибюля. Також пропонуються допоміжні засоби й послуги для людей із обмеженими можливостями: як-от документи, написані шрифтом Брайля, великим шрифтом, аудіоматеріали та інші електронні формати, створені для людей із обмеженими можливостями. Ці послуги надаються безплатно.

Vietnamese

Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi (831) 796-1612 hoặc tới phòng Nhân Sự. Văn phòng mở cửa từ 7:30 am đến 5:00 pm Thứ Hai - Thứ Sáu và gần Sảnh Chính (Main Lobby). Các biện pháp trợ giúp và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, âm thanh, và các định dạng điện tử phù hợp với người khuyết tật khác cũng có sẵn. Các dịch vụ này miễn phí.

Sección 1: Información de Solicitante

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ☐ M ☐ F No. de Seguro: _____ ITIN#: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿Está sin hogar? ☐ Sí ☐ No Condado/Estado en el que reside: _____

Mejor número de contacto: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Mensaje Teléfono: _____

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja doméstica registrada

¿Es usted residente legal de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Lugar de nacimiento: _____

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha prevista de parto: _____

Sección 2: Información del hogar

Enumere las personas que viven actualmente en su hogar:

***Para miembros adicionales del hogar, notifique al trabajador.**

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Paga alquiler o hipoteca? ☐ Alquiler ☐ Hipoteca ☐ Ninguno Su cantidad compartida: _____

¿Está recibiendo vivienda gratis o trabaja a cambio de vivienda gratis? ☐ Sí ☐ No

Nombre del proveedor: _____ Parentesco: _____

Sección 3: Otra información de cobertura

¿Ha solicitado beneficios de Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No Si es el caso, fecha de solicitud: _____

¿Tiene alguna otra cobertura? ☐ Sí ☐ No

***En caso afirmativo, marque las opciones que apliquen a usted.**

☐ Seguro de salud ☐ Medicare ☐ Seguro de Asuntos de Veteranos ☐ Seguro de auto

☐ Medi-Cal Share of Cost (SOC) ☐ Otro: _____

Sección 4: Información de ingresos

¿Está trabajando actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuando se le paga? ☐ Cada semana ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente

Nombre del empleador: _____

¿Está empleado su cónyuge/pareja? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuando se le paga? ☐ Cada semana ☐ Cada dos semanas ☐ Mensualmente

Nombre del empleador: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja trabajan por su propia cuenta? ☐ Sí ☐ No

Nombre del negocio: _____ Tipo de negocio: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja reciben ingresos de lo siguiente?

***Por favor, marque las opciones que apliquen a usted.**

- ☐ Desempleo ☐ Discapacidad estatal ☐ Seguro Social ☐ Compensación de trabajadores
☐ Pensión ☐ Jubilación ☐ Estampillas de comida ☐ Manutención conyugal ☐ Manutención de niños
☐ Ayuda financiera para estudiantes ☐ Ninguno

¿Usted o su cónyuge/pareja declaran impuestos? ☐ Sí ☐ No Último año fiscal presentado: _____

Si no presentó la solicitud, indique el motivo: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja reciben ingresos de lo siguiente?

***Por favor, marque las opciones que apliquen a usted.**

- ☐ Casa ☐ Edificios comerciales ☐ Terreno privado ☐ Terreno Comercial ☐ Ninguno
☐ Otro: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja tienen otros ingresos no mencionados anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, explique: _____ ¿Con qué frecuencia se paga? _____

Sección 5: Información de capital

¿Usted o su cónyuge/pareja tienen alguna cuenta bancaria? ☐ Sí ☐ No

***Si posee varias cuentas, notifique al trabajador.**

☐ Chequera ☐ Ahorros Nombre de Banco: _____ ¿Cuenta compartida? ☐ Sí ☐ No

☐ Chequera ☐ Ahorros Nombre de Banco: _____ ¿Cuenta compartida? ☐ Sí ☐ No

☐ Cuenta de Negocios Nombre de Banco: _____ ¿Cuenta compartida? ☐ Sí ☐ No

Sección 6: Información sobre lesiones de terceros

¿Ha tenido lesiones o accidentes en los últimos cinco (5) años? ☐ Sí ☐ No

***En caso afirmativo, describa su lesión a continuación. Si hay más de una lesión, notifique al trabajador.**

☐ Lesiones automovilísticas ☐ Accidente de trabajo ☐ Caída ☐ Agresión

☐ Otro: _____

Describa su lesión: _____

Fecha de la lesión: _____

¿Está llevando a cabo alguna acción legal? ☐ Sí ☐ No

¿Hubo un acuerdo? ☐ Sí ☐ No Fecha de liquidación: _____ Monto de liquidación: _____

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. También entiendo que, si doy declaraciones falsas o retengo información, el solicitante será descontinuado del programa y puede ser procesado por fraude.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Derechos y responsabilidades del solicitante

Las personas que solicitan asistencia a través de la Unidad de Asesoramiento Financiero de Natividad tienen los siguientes derechos:

1. El derecho a solicitar un intérprete.
2. El derecho a ser tratado de manera justa y equitativa independiente de su edad, sexo, orientación sexual, su raza, estado económico, discapacidades, su condición médica, nivel de educación seglar, su estado civil, el estado de registro de su pareja doméstica, su religión, genealogía, origen nacional o la fuente de ingresos para pagar por su atención médica.
3. El derecho a solicitar asistencia financiera para atención médica y mantenerse informado por escrito de no ser aprobado por los programas de la Unidad de Asesoramiento Financiero, incluso si el representante del programa determina que el solicitante puede que no califique.
4. El derecho a revisar la información sobre los programas de la Unidad de Asesoramiento Financiero.
5. El derecho a que toda la información personal proporcionada al Unidad de Asesoramiento Financiero se mantenga confidencial bajo la Ley de Reglas de Privacidad de HIPAA.
6. El derecho a apelar cualquier acción tomada por la Unidad de Asesoramiento Financiera.

El solicitante tiene la responsabilidad de notificar a la Unidad de Asesoramiento Financiero dentro de diez (10) días si:

1. La residencia y/o dirección postal del solicitante ha cambiado.
2. Un niño o padre ausente regresa al hogar.
3. La pareja o esposa del solicitante queda embarazada.
4. El solicitante adopta a un niño menor de edad o se le otorga la tutela legal de un menor.
5. El solicitante sufre una discapacidad física o mental.
6. El solicitante solicita los beneficios del Seguro Social bajo el Departamento de Administración del Seguro Social.
7. El solicitante recibe beneficios a través de: Departamento de Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos o bajo los Programas de Jubilación Ferroviario.

El solicitante tiene la responsabilidad de:

1. Solicitar los recursos de atención medica que puedan estar disponibles para el solicitante y notificar a un representante de la Unidad de Asesoramiento Financiero de dicha solicitud.
2. Solicitar cualquier ingreso que pueda estar disponible para el solicitante.
3. Informar cualquier cobertura de atención médica a la que el solicitante tenga derecho a usar o reciba antes de usar su elegibilidad bajo el programa de la Unidad de Asesoramiento Financiero.
4. Reportar cualquier lesión y accidente. Esto incluye autolesiones, lesiones bajo compensación laboral, accidentes automovilísticos, agresiones, etc.
5. Reportar cualquier servicio de atención médica recibido como resultado de un accidente o lesión causada por un tercero.
6. Reembolsar al condado por los servicios de atención medica recibidos a través de los programas del condado de Monterey cuando se haya recibido un pago debido a una lesión o accidente para el cual solicita asistencia.
7. Proporcionar documentación legal de una autorización escrita que represente o actúe en nombre del solicitante en caso de que el solicitante no pueda completar el proceso de solicitud.

Declaración del solicitante:

- Declaro que se me han comunicado los derechos y responsabilidades.
- Declaro que entiendo completamente mis responsabilidades y cumpliré con los requisitos mencionados anteriormente.
- Declaro bajo pena de perjurio que la información en la solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.
- Entiendo que se me puede pedir pruebas de mis declaraciones y que mis declaraciones están sujetas verificación por parte de mi empleador, bancos personales, agencias de crédito, búsquedas de propiedades, etc.
- Entiendo que, si deliberadamente hago una declaración falsa o retengo cualquier información, seré descontinuado del programa y puedo ser procesado por fraude como resultado de mis acciones.
- Entiendo que un representante de la Unida de Asesoramiento Financiero puede comunicarse conmigo para iniciar el proceso de solicitud de Medi-Cal y que cooperaré plenamente con Medi-Cal en el proceso de solicitud. De no hacerlo, puede resultar en la denegación retroactiva de los programas de la Unidad de Asesoramiento Financiero.
- Por la presente autorizo a la Unidad de Asesoramiento Financiero a obtener y divulgar información médica, financiera y de elegibilidad, necesaria para determinar la elegibilidad, procesar reclamos o realizar una revisión de utilización y administración de casos.
- Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Firma del trabajador de elegibilidad: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Título: _____