

## Póliza y Proceso Para Asistencia Financiera

**PÓLIZA:** Easterseals del Sur de California (ESSC) proporciona asistencia financiera a familias que cumplen con ciertos requisitos y que son incapaces de cumplir con sus obligaciones financieras por los servicios recibidos en ESSC. Esta póliza no está diseñada para los que tienen seguro de responsabilidad civil. Esta póliza requiere rechazo por escrito por otros contribuyentes potenciales, tales como el Centro Regional.

**ELEGIBILIDAD:** Familias elegibles son esas que:

- A. Reciben servicios que son medicamento necesarios por ESSC.
- B. Son subseguradas y por otra parte califican económicamente.
- C. Tener un ingreso familiar (consulte el documento adjunto) menos de 300% del nivel Federal de Pobreza.
- D. Han sido negados por otros contribuyentes potenciales como el Centro Regional.

Personas que eligen no aplicar para otras fuentes de pagos como el Centro Regional u otro seguro, pueden ser excluidos de recibir esta asistencia financiera.

**PERÍODO APLICABLE:** La determinación de este beneficio no es retrospectiva; por lo tanto, no se puede aplicar a los cargos de una época anterior. Su ingreso será revisado cada año en Abril, para determinar si estás siendo elegible para recibir beneficios. Cualquier determinación del beneficio se aplicará prospectivamente a los servicios actuales.

**PROCESO:** Determinación de asistencia financiera es basada en los ingresos del individuo que es financieramente responsable en comparación a los índices/guías del nivel Federal de Pobreza. Consulte el documento adjunto.

Este porcentaje puede cambiar de vez en cuando lo estime oportuno el Director de Operaciones, Director Financiero y / o el Consejo de Administración de ESSC. Antes de que se apruebe la asistencia financiera, familias deben de aplicar para otras fuentes de pagos, incluyendo el Centro Regional, Medicaid u otro seguro.

El proceso para Asistencia Financiera es el siguiente:

1. Complete la solicitud y entregue los documentos justificativos.
2. Entregue la aplicación completada y todos los documentos justificativos en un sobre sellado o por medio de internet a:

Medical Specialties Managers, Inc. (MSM)  
PO Box 4206  
Orange, CA 92863-4206  
Email: [billing@msmnet.com](mailto:billing@msmnet.com)  
Teléfono: 714-245-8872

3. MSM revisará que la documentación esté completa y evaluará las necesidades financieras para hacer una determinación de elegibilidad.
4. Aprobación será determinada basado en los ingresos en la forma de impuestos en comparación al nivel Federal de Pobreza que es proporcionada con esta póliza.
5. Si asistencia financiera es aprobada, estado de aprobación será anotado en su cuenta.
6. Si asistencia financiera no es aprobada, una apelación puede ser hecha al Director de Operaciones para una determinación final y vinculante de elegibilidad.

Adjunto – Guías Federales de Pobreza con Escala de Descuento y Solicitud de Asistencia Financiera

## Solicitud Para Asistencia Financiera

### Información Demográfica

Nombre de persona servida: \_\_\_\_\_

MRN (número de miembro) de persona servida: \_\_\_\_\_

Nombre de aplicante(s): \_\_\_\_\_

Parentesco a niño(a)/persona servida:  padre o tutor  propia  esposo/a  otro

Domicilio de aplicante: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Números de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Información de Ingresos

Número de dependientes viviendo en el hogar familiar: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual Bruto: Aplicante \$ \_\_\_\_\_ Esposo/a \$ \_\_\_\_\_ Otro \$ \_\_\_\_\_

Ingreso Anual Bruto del Hogar: \$ \_\_\_\_\_ (ingreso antes de impuestos u otras deducciones)

### Document Information

Por favor incluya copias de los siguientes documentos:

Copia de la carta de rechazo del Centro Regional. **(Requerido)\***

Copia de las formas de Impuestos Federales para el año anterior (IRS 1040, 1040A, 1040EZ). **(Requerido)\***

Prueba de otras Fuentes de ingresos (Seguro Social, beneficios de desempleo, manutención). (Si aplicable)

**\* Las solicitudes que no contengan los documentos requeridos serán devueltos a la solicitante como incompleta.**

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES, A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, PRECISA Y REFLEJA LA INFORMACIÓN FINANCIERA A LA FECHA DE LA SOLICITUD.

Firma del Aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

For Internal Use: Received on: \_\_\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_ Decision: \_\_\_\_\_

Expires on: \_\_\_\_\_ Max Annual Value: \_\_\_\_\_



**2021 HHS Guías de Pobreza (48 Estados Contiguos y D.C.)**

	<b>Categoría de Costo</b>	<b>A</b> <b>15%</b> <b>Ingresos al</b> <b>100%</b> <b>Reducción de Cargos</b> <b>Reducción de</b> <b>85%</b>	<b>B</b> <b>25%</b> <b>Ingresos al</b> <b>200%</b> <b>Reducción de</b> <b>75%</b>	<b>C</b> <b>50%</b> <b>Ingresos al</b> <b>250%</b> <b>Reducción de</b> <b>50%</b>	<b>D</b> <b>75%</b> <b>Ingresos al o menos</b> <b>300%</b> <b>Reducción de</b> <b>25%</b>
<b>Personas en la Familia o Hogar</b>	<b>Guías Federales de Pobreza</b>				
1	12,880	12,880	25,760	32,200	38,640
2	17,420	17,420	34,840	43,550	52,260
3	21,960	21,960	43,920	54,900	65,880
4	26,500	26,500	53,000	66,250	79,500
5	31,040	31,040	62,080	77,600	93,120
6	35,580	35,580	71,160	88,950	106,740
7	40,120	40,120	80,240	100,300	120,360
8	44,660	44,660	89,320	111,650	133,980
<b>Por cada persona adicional sume:</b>	4,540	4,540	9,080	11,350	13,620

Si su ingreso familiar es menos o igual a la cantidad en Categorías A, B, C, y D usted es elegible para un costo reducido a servicios de cuidado de salud.