



Expert care with a personal touch

Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera para atención de caridad de Pomona Valley Hospital Medical Center

La atención de caridad es un programa que ofrece servicios médicos gratuitos a pacientes que no tienen seguro, que tienen un seguro insuficiente o que no pueden pagar por la atención y que califican para recibir asistencia en virtud de la Política de asistencia financiera para atención de caridad. Puede calificar para recibir atención de caridad si su ingreso es menor que el 400 % del límite federal actual de pobreza.

Cómo obtener copias de la Política y de la solicitud de asistencia financiera para atención de caridad:

- 1) Para obtener una copia electrónica, visite el sitio web de PVHMC: <https://www.pvhmc.org/patients-visitors/financial-and-insurance-information/help-paying-your-bill>
- 2) Para recoger una copia impresa, visite el Departamento de Caja de PVHMC en 1798 North Garey Ave., Pomona, CA 91767.
- 3) Para recibirla por medio del servicio de correos de EE. UU., llame al Departamento de Servicio al Cliente de PVHMC al (909) 865-9500.

Para consultas respecto de la Política de asistencia financiera para atención de caridad de PVHMC o para solicitar asistencia para completar la solicitud, llame al Departamento de Servicio al Cliente de PVHMC al (909) 865-9500.

Cómo presentar una solicitud de atención de caridad:

Para determinar la elegibilidad, presente una solicitud de asistencia financiera para atención de caridad completada y firmada y **uno** de los siguientes documentos para verificar sus ingresos: comprobantes de pago recientes o una declaración de impuestos reciente.

- 1) **Comprobantes de pago recientes** se refiere a comprobantes de pago de los seis meses anteriores o posteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez. En el caso de atención que aún no se ha prestado, comprobantes de pago de los seis meses anteriores a la fecha en que presenta la solicitud.
- 2) **Declaración de impuestos reciente** se refiere a la declaración que muestra los ingresos de su familia durante el año en que se le facturó por primera vez, o durante los doce meses anteriores a la primera facturación.

Si no puede proporcionar comprobantes de pago o declaraciones de impuestos, es posible que le solicitemos alguna otra prueba, como una carta firmada por su empleador, una carta que muestre la aprobación o denegación de algún programa gubernamental, una declaración por escrito o una declaración verbal. No está obligado a proporcionar estos elementos, pero los aceptaremos si decide proporcionarlos.

Igualdad de oportunidades

El hospital se compromete a respetar las múltiples leyes federales y estatales que prohíben la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, estado civil, orientación sexual, discapacidad, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes locales, estatales o federales.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org.

Asistencia lingüística

Si necesita un formato alternativo accesible para el material indicado arriba, o si necesita hablar en otro idioma, póngase en contacto con Servicio al Cliente llamando al 909-865-9100 y ellos podrán ofrecerle un formato alternativo o ponerle en contacto con nuestro servicio de intérpretes para recibir asistencia adicional.

1798 North Garey Avenue, Pomona, California 91767