



Dear Patient,

You have requested financial assistance for one or more accounts with Plumas District Hospital. Please complete the attached application and submit with the required documentation listed below for review to determine the extent to which you qualify for our Discount Payment Program or Charity Care.

Our Patient Financial Counselors are available for personal assistance by appointment. During this time, they can screen and assist with finding the best resolution for your individual needs. Additionally, they are able to assist patients in applying for Medi-Cal and other insurance plans through Covered California.

It is our intent at Plumas District Hospital to help you through this process and find the best solution for you.

Please note the following information:

- If assistance is needed to complete this application, please contact our Patient Financial Counselor to schedule an appointment.
- All properly submitted applications will be processed within 10 business days of receipt. A final letter of determination will be provided.
- If your application is incomplete, we'll return it to you with a letter explaining what's missing..
- Applications from patients with income above 138% FPL will automatically be considered for the Discount Payment Program.

Please return your completed application and all required documents within 30 days. Applications may be mailed, faxed, or emailed to the following:

**Plumas District Hospital
Attn: Patient Financial Counselor
1065 Bucks Lake Road
Quincy, CA 95971**

**Fax: 530-283-7404, attention: Patient Financial Counselor
Email: FinCounselors@pdh.org**

Thank you for choosing Plumas District Hospital for your health care needs. We look forward to assisting you further.

Best Regards,
Patient Financial Counselors
(530) 283-7400



Financial Assistance Application

Note: You only need to complete this application once to be considered for both the Charity Care and Discount Payment Programs.

Financial Assistance Application

I am applying for:

☐ Discount Payment Program

☐ Charity Care

Responsible Party Information:

Last Name	First Name	Social Security #	Date of Birth
Home (Physical Address	Mailing Address	City	State/Zip Code
Home phone #	Alternate/Cell Phone #		
Employer Name	Job Function/Title	Employer Phone #	
Total Yearly Income (before taxes)	Employer's address: Street, City, State, Zip		
Spouse's name	Social Security #	Date of Birth	
Employer Name	Job Function/Title	Employer Phone #	
Total Yearly Income (before taxes)	Employer's address: Street, City, State, Zip		

People in Household

	Name	Relationship to Patient	Date of Birth	Employer	Employer Telephone
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Income Information

In order to determine the extent of your eligibility for the Discount Payment Program or Charity Care, please complete the required sections below. Please note different information is required for each program. Patients are encouraged to apply for both programs.

Charity Care is available only to patients with income at or below 138% of the Federal Poverty Level (FPL). Discount Payment is available for income between 139% and 400% of the FPL.

For patients applying only for Discount Payment Program eligibility, only recent paystubs or income tax returns are required for income documentation.

However, patients who qualify for Charity Care may receive greater financial assistance, as that program covers 100% of eligible charges. We encourage patients to apply for both programs if they are unsure of their income eligibility.

Monthly Income: Required for Discount Payment Program

Job Income:	\$	<i>Required Documentation</i>
Spouse Job Income:	\$	Only ONE of the following:
Business Income:	\$	☐ All paystubs from the last 90 days
Rental Income:	\$	☐ Copy of the most recent filed tax return
Interest/Dividend Income:	\$	☐ If no income, please attach a signed letter stating circumstances
Alimony or Support Income:	\$	
Other Income (such as disability payments, cash assistance, or informal support)	\$	
<i>Total Monthly Income:</i>	\$	

Monthly Income: Required for Charity Care Program

Job Income:	\$	<i>Required Documentation</i>
Spouse Job Income:	\$	One or more of the following:
Business Income:	\$	☐ All paystubs from the last 90 days
Rental Income:	\$	☐ Copy of the most recent filed tax return
Interest/Dividend Income:	\$	☐ Most current W-2 for all working adults
Alimony or Support Income:	\$	☐ Social Security Statement
Other Income (such as disability payments, cash assistance, or informal support)	\$	☐ If no income, please attach a signed letter stating circumstances
<i>Total Monthly Income:</i>	\$	



By signing below you agree to be considered for PDH Discount Payment or Charity Care Program. Additionally, you certify that all of the statements and information provided on this application are true and complete to the best of your knowledge. If any information you provide is found to be incomplete or untrue, we may cancel your discount and expect full payment.. By signing below, you authorize PDH to verify the information provided in this application solely for the purpose of determining eligibility for financial assistance. PDH and its agents will not report any patient information, including payment status or balance information, to any consumer credit reporting agency.

You further agree by signing below, that if you receive payment from an insurance company, workers' compensation plan, or any other third party, to inform the hospital of any such payment. Plumas District Hospital retains the right to collect the original, full billed amount for rendered services should a third party provide you with payment.

Signature of Applicant

Date

Estimado Paciente,

Usted ha solicitado ayuda financiera para una o más cuentas con Plumas District Hospital. Por favor, complete la solicitud adjunta y envíela junto con la documentación requerida que se indica a continuación para su revisión, a fin de determinar hasta qué punto reúne los requisitos para nuestro Programa de Pago con Descuento o Atención Benéfica.

Nuestros Asesores Financieros de Pacientes están disponibles para asistencia personal con cita previa. Durante este tiempo, ellos pueden examinar y ayudar a encontrar la mejor solución para sus necesidades individuales. Además, son capaces de ayudar a los pacientes en la aplicación de Medi-Cal y otros planes de seguro a través de Covered California.

Es nuestra intención en Plumas District Hospital ayudarle a través de este proceso y encontrar la mejor solución para usted.

Por favor, tenga en cuenta la siguiente información:

- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor, póngase en contacto con nuestro Asesor Financiero de Pacientes para programar una cita.
- Todas las solicitudes presentadas correctamente serán procesadas dentro de los 10 días hábiles siguientes a su recepción. Se proporcionará una carta de determinación definitiva.
- Cualquier solicitud incompleta será devuelta al recibirla con una carta en la que se indique qué información se necesita para procesar la solicitud.
- Las solicitudes de pacientes con ingresos superiores al 138% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) serán consideradas automáticamente para el Programa de Pago con Descuento.

Devuelva su solicitud completada junto con toda la documentación de respaldo en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. Las solicitudes pueden enviarse por correo, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

Plumas District Hospital
Con atención a: Asesor Financiero de Pacientes 1065 Bucks Lake Road
Quincy, CA 95971

Fax: 530-283-7404, con atención a: Asesor Financiero de Pacientes Correo Electrónico:
FinCounselors@pdh.org

Gracias por elegir Plumas District Hospital para sus necesidades de atención médica. Esperamos poder seguir ayudándole.

Saludos cordiales,

Asesores Financieros de Pacientes

(530) 283-7400

Solicitud de Ayuda Financiera

Nota: Solo necesita completar esta solicitud una vez para ser considerado tanto para el programa de Atención Benéfica como para el Programa de Pago con Descuento.

Estoy solicitando:

☐ Programa de Pago con Descuento

☐ Atención Benéfica

Información del Responsable:

Programa de Pago con Descuento

Apellido	Nombre	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección de Casa (Física)	Dirección Postal	Ciudad	Estado/ Código Postal
# de teléfono de Casa	# de Teléfono Alternativo/Celular		
Nombre del Empleador	Función /Cargo en el Trabajo	# de Teléfono del Empleador	
Ingreso Bruto Anual	Empleador Dirección del Empleador: Calle, Ciudad, Estado, Código		
Nombre del Cónyuge	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Nombre del Empleador	Función /Cargo en el Trabajo	# de Teléfono del Empleador	
Ingreso Bruto Annual	Dirección del Empleador: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		

Personas en el Hogar

	Nombre	Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento	Empleador	Teléfono del Empleador
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Información sobre Ingresos

Con el fin de determinar el alcance de su elegibilidad para el Programa de Pago con Descuento o Atención Benéfica, por favor complete las secciones requeridas a continuación. Tenga en cuenta que se requiere información diferente para cada programa. Se anima a los pacientes a postularse a ambos programas.

La Atención Benéfica solo está disponible para pacientes con ingresos que no excedan el 138% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). El Programa de Pago con Descuento está disponible para pacientes con ingresos entre el 139% y el 400% del FPL.

Para los pacientes que solicitan únicamente la elegibilidad para el Programa de Pago con Descuento, solo se requieren recibos de sueldo recientes o declaraciones de impuestos como documentación de ingresos.

Sin embargo, los pacientes que califican para Atención Benéfica pueden recibir mayor asistencia financiera, ya que ese programa cubre el 100% de los cargos elegibles. Se recomienda a los pacientes postularse a ambos programas si no están seguros de su elegibilidad según sus ingresos.

Ingresos Mensuales: Requerido para el Programa de Pago con Descuento

Ingresos por Trabajo:	\$	<i>Documentación Requerida</i>
Ingresos por Trabajo del Cónyuge:	\$	Solo UNO de los siguientes:
Ingresos por Negocios:	\$	☐ Todos los recibos de sueldo de los últimos 90 días
Ingresos por Alquileres:	\$	☐ Copia de la declaración de impuestos más reciente
Ingresos por Intereses/Dividendos:	\$	☐ Si no tiene ingresos, adjunte una cara firmada indicando las circunstancias
Ingresos por Pensión Alimenticia o Manutención	\$	
Otros Ingresos:	\$	
<i>Total de Ingresos Mensuales:</i>	\$	

Ingresos Mensuales: Requerido para la Atención Benéfica

Ingresos por Trabajo:	\$	<i>Documentación Requerida</i>
Ingresos por Trabajo del Cónyuge:	\$	Uno o más de los siguientes:
Ingresos por Negocios:	\$	☐ Todos los recibos de sueldo de los últimos 90 días
Ingresos por Alquileres:	\$	☐ Copia de la declaración de impuestos más reciente
Ingresos por Intereses/Dividendos:	\$	☐ El W-2 más reciente de todos los adultos que trabajan
Ingresos por Pensión Alimenticia o Manutención	\$	☐ Declaración de la Seguridad Social
Otros Ingresos:	\$	☐ Si no tiene ingresos, adjunte una cara firmada indicando las circunstancias.
<i>Total de Ingresos Mensuales:</i>	\$	

Al firmar a continuación, usted acepta que se le considere para el Pago con Descuento PDH o el Programa de Atención Benéfica. Además, certifica que todas las declaraciones e información proporcionadas en esta solicitud son verdaderas y completas a su leal saber y entender. Si se determina que la información que ha proporcionado es incompleta o falsa, cualquier descuento aplicado puede ser revertido y se puede esperar el pago completo de su parte. Al firmar a continuación, usted autoriza a Plumas District Hospital District para comprobar las referencias y el historial de crédito con el fin de determinar la elegibilidad para el Pago con Descuento o la consideración de Atención Benéfica.

Además, al firmar a continuación, usted acepta que, si recibe un pago de una compañía de seguros, un plan de compensación de trabajadores o cualquier otro tercero, informará al hospital de dicho pago. Plumas District Hospital se reserva el derecho de cobrar la cantidad original y completa facturada por los servicios prestados en caso de que un tercero le proporcione el pago.

Firma del Solicitante

Fecha

Note: This document has been formatted for accessibility. Headings use Word's built-in styles (H1–H3). Tables use regular structures with header rows marked, images include alt text, hyperlinks are descriptive, and color contrast meets accessibility standards. Document language is set to English (U.S.), and reading order follows a logical sequence.