



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.
- Any incomplete applications will be returned upon receipt with a letter advising what information is needed in order to process the application.
- Any application submitted for Charity Care consideration that does not qualify will automatically be considered for the Discount Payment Program, a separate application is not necessary.

Return your completed application along with all supporting documentation within 30 days of receipt of the application. 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: 530-283-7946, attention: Patient Financial Counselor
Email: FinancialCounselor@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) 283-7997 or
(530) 283-7927



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 #

 Gross Annual Income Employer's address: Street, City, State, Zip

 Spouse's Name Social Security # Date of Birth

 Employer Name Job Function/Title Employer Phone #

 Gross Annual Income 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 and Asset 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.

Monthly Income: Required for Discount Payment Program and Charity Care

Job Income:	\$ _____	<i>Required Documentation</i> One or more of the following: <input type="checkbox"/> All paystubs from the last 90 days <input type="checkbox"/> Most current W-2 for all working adults <input type="checkbox"/> Copy of the most recent filed tax return <input type="checkbox"/> Social Security Statement <input type="checkbox"/> If no income, please attach a signed letter stating circumstances.
Spouse Job Income:	\$ _____	
Business Income:	\$ _____	
Rental Income:	\$ _____	
Interest/Dividend Income:	\$ _____	
Alimony or Support Income:	\$ _____	
Other Income:	\$ _____	
<i>Total Monthly Income:</i>	\$ _____	

Current Monthly Essential Living Expenses: Required for Discount Payment Plan

Mortgage/Rent Payment:	\$ _____	<i>Required Documentation</i> One or more of the following: <input type="checkbox"/> Proof of amount of most recent mortgage/rent paid <input type="checkbox"/> Most current statements for any expense listed/claimed on this application <input type="checkbox"/> Receipts/proof of payment for amounts paid for food/medical expenses paid in the past 12 months (<i>an average will be determined for application/eligibility purposes</i>).
Insurance Premiums:	\$ _____	
(<i>health, auto, home</i>)		
Utilities:	\$ _____	
(<i>gas, electricity, water, phone</i>)		
Automobile Payment(s):	\$ _____	
Food:	\$ _____	
Other _____:	\$ _____	
Other _____:	\$ _____	
<i>Total Monthly Essential Living Expenses:</i>	\$ _____	

Qualified Monetary Assets: Required for Charity Care

Checking Account(s):	\$ _____	<i>Required Documentation</i> One or more of the following: <input type="checkbox"/> Most recent bank statements <input type="checkbox"/> Most recent Quarterly Statement for stock(s), bond(s), or CD(s) <input type="checkbox"/> Other: Most recent statement showing total monetary worth of asset
Savings Account(s):	\$ _____	
Stock, Bonds and CDs:	\$ _____	
Other _____:	\$ _____	
<i>Total Qualified Monetary Assets:</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. Should it be determined that the information you provided is incomplete or false, any discount applied may be reversed and payment in full may be expected from you. By signing below, you authorize Plumas District Hospital District to check references and credit history in order to determine eligibility for Discount Payment or Charity Care consideration.

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.
- Cualquier solicitud presentada para la consideración de la Atención Benéfica que no reúna los requisitos será considerada automáticamente para el Programa de Pago con Descuento, no siendo necesaria una solicitud por separado.

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: 530-283-7946, con atención a: Asesor Financiero de Pacientes
Correo Electrónico: FinancialCounselor@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) 283-7997 o

(530) 283-7927

Solicitud de Ayuda Financiera



Estoy solicitando:

Programa de Pago con Descuento

Atención Benéfica

Información del Responsable

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	Dirección del Empleador: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		
Nombre del Cónyuge	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Nombre del Empleador	Función /Cargo en el Trabajo	# de Teléfono del Empleador	
Ingreso Bruto Anual	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 y Activos

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.

Ingresos Mensuales: Requerido para el Programa de Pago con Descuento y la Atención Benéfica

Ingresos por Trabajo: \$ _____
 Ingresos por Trabajo del Cónyuge: \$ _____
 Ingresos por Negocios: \$ _____
 Ingresos por Alquileres: \$ _____
 Ingresos por Intereses/Dividendos: \$ _____
 Ingresos por Pensión Alimenticia o
 Manutención \$ _____
 Otros Ingresos: \$ _____
 Total de Ingresos Mensuales: \$ _____

Documentación Requerida

Uno o más de los siguientes:

- Todos los recibos de sueldo de los últimos 90 días
- El W-2 más reciente de todos los adultos que trabajan
- Copia de la declaración de impuestos más reciente
- Declaración de la Seguridad Social
- Si no tiene ingresos, adjunte una carta firmada indicando las circunstancias.

Gastos Mensuales Esenciales Actuales de Manutención: Requerido para el Plan de Pago con Descuento

Pago de la Hipoteca/Alquiler: \$ _____
 Primas de Seguro: \$ _____
 (salud, automóvil, hogar)
 Servicios públicos: \$ _____
 (gas, electricidad, agua, teléfono)
 Pago(s) del Automóvil: \$ _____
 Alimentos: \$ _____
 Otros _____ \$ _____
 Otros _____ \$ _____
 Total de Gastos Mensuales Esenciales de
 Manutención: \$ _____

Documentación Requerida

Uno o más de los siguientes:

- Comprobante del monto de la hipoteca/alquiler pagado más reciente
- Declaraciones más recientes de cualquier gasto enumerado/reclamado en esta solicitud
- Recibos/pruebas de pago de los montos pagados por alimentos/gastos médicos pagados en los últimos 12 meses (*se determinará un promedio para fines de solicitud/elegibilidad*).

Activos Monetarios Calificados: Requeridos para la Atención Benéfica

Cuenta(s) Corriente(s): \$ _____
 Cuenta(s) de Ahorro: \$ _____
 Acciones, Bonos y Certificados
 de Depósito: \$ _____
 Otros _____ \$ _____
 Total de Activos Monetarios Calificados: \$ _____

Documentación Requerida

Uno o más de los siguientes:

- Extractos bancarios más recientes
- Extracto Trimestral más reciente de acciones, bonos o Certificados de Depósito
- Otros: Declaración más reciente que muestre el valor monetario total del activo

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