

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
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: <input type="checkbox"/> padre o tutor <input type="checkbox"/> propia <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Copia de la carta de rechazo del Centro Regional. (Requerido)*	
<input type="checkbox"/> Copia de las formas de Impuestos Federales para el año anterior (IRS 1040, 1040A, 1040EZ). (Requerido)*	
<input type="checkbox"/> 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: _____



2025 HHS Guías de Pobreza (48 Estados Contiguos y D.C.)

	Categoría de Costo	A 15% Ingresos al 100% Reducción de 85%	B 25% Ingresos al 200% Reducción de 75%	C 50% Ingresos al 250% Reducción de 50%	D 75% Ingresos al o menos 300% Reducción de 25%
Personas en la Familia o Hogar	Guías Federales de Pobreza				
1	15,650	15,650	31,300	39,125	46,950
2	21,150	21,150	42,300	52,875	63,450
3	26,650	26,650	53,300	66,625	79,950
4	32,150	32,150	64,300	80,375	96,450
5	37,650	37,650	75,300	94,125	112,950
6	43,150	43,150	86,300	107,875	129,450
7	48,650	48,650	97,300	121,625	145,950
8	54,150	54,150	108,300	135,375	162,450
Por cada persona adicional suma:	5,500	5,500	11,000	13,750	16,500

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 ciudad de salud.

[Source: Federal Register, January, 2025](#)