



San Mateo Medical Center
A County System of Healthcare

**PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA
 Apelación Paso 1: Evaluación
 de Elegibilidad Individual (IER)**

El propósito de este formulario es apelar la suspensión o negación del programa de ayuda financiera, o solicitar se cancele o reduzca el pago de los cargos. Este formulario, junto con la "Hoja de Trabajo del Estado Financiero de Paciente" y otros documentos que apoyen la solicitud, debe completarse y enviarse a la dirección indicada abajo dentro de los 60 días después de haber recibido la notificación escrita de la suspensión o negación, o dentro de los 60 días de haber recibido la factura de pago o cargos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Número telefónico: _____

Número de Expediente Médico: _____ Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estoy apelando la negación de elegibilidad para los siguientes programas: (Marque uno si aplica)

- ACE
- ACE Sin Costo
- Programa de Atención Médica con Descuento (DHC)
- Programa de Cuidado de Caridad

Estoy apelando la suspensión de elegibilidad para los siguientes programas: (Marque uno si aplica)

- ACE
- ACE Sin Costo
- Programa de Atención Médica con Descuento (DHC)
- Programa de Cuidado de Caridad

Estoy solicitando que se cancele o reduzca el pago para los siguientes programas: (Marque uno si aplica)

- ACE
- Programa de Atención Médica con Descuento (DHC)
- Pago por Cuenta Propia

¿Por cuál pago o cargos está usted solicitando cancelación/reducción? (Por favor adjunte una copia de la(s) factura(s) de los pagos o cargos)

Por favor describa qué es lo que usted trata de lograr como resultado de esta apelación y en qué se basa su apelación (Sea tan específico como le sea posible. Además tiene que completar una "Hoja de Trabajo del Estado Financiero del Paciente" y adjuntar documentos que apoyen su posición, incluyendo información acerca de su incapacidad de pago. Si es necesario, puede usar la parte de atrás de este formulario):

Por favor envíe este documento junto con una copia completa del formulario "Hoja de Trabajo del Estado Financiero del Paciente" y cualquier otro documento que apoye su solicitud, dentro de los próximos 60 días a la oficina del: Kathy Van Kirk, Appeals Coordinator, Fair Oaks Children's Clinic, 630 Laurel Street, Redwood City, CA 94063. San Mateo Medical Center le proporcionará una decisión escrita dentro de los 30 días después de haber recibido el formulario de apelación. Si se le niega su apelación, usted tiene derecho a apelar al "Comité de Evaluación Financiera y Elegibilidad" (EFRC).

Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de apelación por favor llame al "Appeals Coordinator" al teléfono (650) 261-3721 x240.

Si necesita ayuda con esta apelación puede solicitarla a la oficina de "Legal Aid Society" del Condado de San Mateo
 521 East 5th Ave.; San Mateo, CA 94402; (650) 558-0915