



Solicitud de asistencia financiera INSTRUCCIONES

1. Complete todas las áreas en el formulario de solicitud adjunto.
 - a. Si alguna área no se aplica a usted, escriba N/A en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder cualquier pregunta.
3. Se requiere comprobante de ingresos cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos son aceptados como prueba de ingresos:
 - a. *Dos (2) talones de cheque de pago más recientes;*
 - b. *Formulario federal W-2 que muestre salarios y ganancias;*
 - c. *Declaración de Ingreso Mensual del Seguro Social;*
 - d. *Si le pagan solo en efectivo, proporcione una declaración por escrito que explique sus fuentes de ingresos.*
 - e. *Si no tiene ingresos, complete y ponga sus iniciales en la DECLARACIÓN JURADA DE SIN INGRESOS en la página 2 de la solicitud.*
4. Es importante que complete, firme y envíe la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de los catorce (14) días.
5. Debe firmar y fechar la solicitud.
6. **Su solicitud no puede ser procesada hasta que se proporcione toda la información requerida.**

Su solicitud completa puede enviarse por correo o por correo electrónico a las direcciones a continuación:

College Hospitals, PO BOX 2104, Santa Fe Springs, Ca 90670 o charitycare@chc.la

Si tiene preguntas, llame a su representante de cuenta al (562) 904-3998



College Medical Center Phoenix Solicitud de Asistencia Financiera

Todas las personas tienen prohibido dar a cualquier hospital en este estado un nombre falso o ficticio, una dirección falsa o ficticia, o cualquier otra información falsa o ficticia que dicho hospital deba obtener de conformidad con las leyes estatales y federales. También se prohíbe a todas las personas ceder a cualquier hospital el producto de cualquier contrato de seguro, sabiendo entonces que dicho contrato ya no está en vigor o es inválido o es nulo por cualquier motivo. Tal acción será evidencia de la intención de dichas personas de defraudar a dicho hospital.

Tipo de solicitud (seleccione uno): Caridad (atención gratuita) Programa de descuento benéfico

Información del paciente -

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social: --
Dirección del paciente: (si no tiene hogar, complete la declaración jurada en la parte inferior de la página 2)		Número de teléfono de casa/celular: () -

Evaluación de Asistencia Médica -

Servicios familiares:

¿El paciente es elegible para AHCCCS? Sí No
 ¿Alguna vez el paciente solicitó AHCCCS? Sí No

Veteranos :

¿Es el paciente un veterano? Sí No
 En caso afirmativo, ¿tiene una discapacidad relacionada con el servicio? Sí No

¿Es el paciente víctima de un delito? Sí No ¿Tiene un número de reclamo? Sí No
 En caso afirmativo, proporcione el número de caso: _____ En caso afirmativo, proporcione el número: _____

Responsable/Garante - Para determinar los requisitos para cualquier descuento o programa de asistencia, se debe completar la siguiente información.

Nombre de la parte responsable/garante:		Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social: --
Habla a:			Número de teléfono de casa/celular: () -
Estatus residencial: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propia	Duración en la residencia:	Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo (mín. 32 horas por semana) <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial (menos de 32 horas por semana)			
Nombre del empleador	Dirección del empleador:		Número de teléfono del empleador:

Dependientes: miembros del hogar (todas las personas que viven en el hogar, excepto el paciente/garante)

Nombre:	Años:	Relación:	Monto Aportado al Hogar:

Ingreso familiar: enumere todas las fuentes de ingresos recibidos

Ingreso <u>Mensual</u> Actual :		
	Paciente/Garante	Cónyuge
Sueldos y salarios brutos (antes de deducciones)	\$	\$
Ingresos de trabajo por cuenta propia	\$	\$
Intereses y Dividendos	\$	\$
Alquiler y Arrendamiento de Bienes Raíces	\$	\$
Ingresos del Seguro Social / Discapacidad del Seguro Social	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$
Desempleo / Discapacidad	\$	\$
Asistencia pública (es decir, cupones de alimentos, etc.)	\$	\$
Todas las demás fuentes (adjuntar lista)	\$	\$

Se requiere prueba de ingresos: (a) Dos talones de cheque de pago más recientes o (b) W2 que muestre salarios/ganancias

Se requieren cualquier otro documento que respalde los montos de ingresos enumerados anteriormente.

JURADA SIN INGRESOS – Debe colocar sus iniciales en la declaración a continuación.

Yo, _____, por la presente certifico que no tengo trabajo ni bienes, y que no tengo ingresos aparte de posibles donaciones de otros. **Iniciales** del padre/tutor _____

Gastos - lista gastos adicionales en los espacios en blanco a continuación (adjuntar lista)

Lista de gastos:	Mensualidad:	Saldo adeudado:
Renta Mensual/Hipoteca		
Pago de automóvil		
Seguro de automóvil		

DECLARACIÓN JURADA PARA PERSONAS SIN HOGAR : si no tiene hogar, debe poner sus iniciales en la declaración a continuación.

Yo, _____, por la presente certifico que no tengo hogar, no tengo dirección permanente, trabajo ni bienes, y no tengo ingresos más que posibles donaciones de otros. **Iniciales** del padre/tutor _____

Declaración de veracidad : por la presente reconozco que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de la solicitud. Además, según los estatutos locales o estatales, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital para obtener bienes o servicios puede considerarse un acto ilegal. También reconozco y consiento que se obtendrá un informe de crédito, o se pueden tomar otras medidas para verificar la información proporcionada en este documento. Entiendo completamente que los programas de atención caritativa de College Medical Center Phoenix son pagadores de último recurso y, por la presente, confirmo todas las asignaciones anteriores de beneficios y derechos, que incluyen acciones de responsabilidad, reclamos por lesiones personales, acuerdos y todos y cada uno de los beneficios de seguro proporcionados a College Medical Center Phoenix.

Firma

Fecha