



College Medical Center Phoenix

Solicitud de Asistencia Financiera Instrucciones

1. Complete todas las secciones del formulario de solicitud adjunto.
 - a. Si alguna sección no le corresponde, escriba N/A en el espacio provisto.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder alguna pregunta.
3. Se requiere comprobante de ingresos al presentar esta solicitud. Se aceptan los siguientes documentos como comprobante de ingresos:
 - a. Dos (2) recibos de pago de solo **uno** de los siguientes:
 - i. dentro de los seis (6) meses anteriores a la primera facturación o
 - ii. dentro de los seis (6) meses posteriores a la primera facturación o
 - iii. en casos previos al ingreso, seis meses antes de presentar la solicitud.
 - b. Declaración de Impuestos Federales y/o Formulario W-2 que muestre los salarios e ingresos del año en que se le facturan los servicios o de los 12 meses anteriores a la primera facturación.
 - c. Estado de Cuenta Mensual de Ingresos del Seguro Social;
 - d. Si recibe solo pagos en efectivo, proporcione una declaración escrita que explique sus fuentes de ingresos.
 - e. Si no tiene ingresos, complete y firme con sus iniciales la DECLARACIÓN JURADA DE FALTA DE 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.
5. Debe firmar y fechar la solicitud.
6. Su solicitud no podrá procesarse hasta que proporcione toda la información requerida.

Puede enviar su solicitud completa por correo postal o electrónico a las siguientes direcciones:

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

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



College Medical Center Phoenix

Solicitud de Asistencia Financiera para Pacientes

Se prohíbe a toda persona proporcionar a cualquier hospital de este estado un nombre falso o ficticio, una dirección falsa o ficticia, o cualquier otra información falsa o ficticia que el hospital deba obtener conforme a las leyes estatales y federales. Asimismo, se prohíbe a toda persona ceder a cualquier hospital los fondos de un contrato de seguro, a sabiendas de que dicho contrato ya no está vigente, es inválido o nulo por cualquier motivo. Dicha acción constituirá prueba de la intención de estas personas de defraudar al hospital.

Tipo de aplicación (seleccione una): Caridad (atención gratuita) Programa de descuento

Información Del Paciente –

Nombre del paciente:	DOB:	Número de seguro social: - -
Dirección del paciente: (si no tiene domicilio fijo, complete la declaración jurada al final de la página 2)		Número de teléfono fijo/móvil: () -

Evaluación de asistencia de Medicaid –

Servicios familiares:

- ¿Es el paciente elegible para Medi-Cal? Sí No
- ¿El paciente es veterano? Sí No
- ¿Alguna vez el paciente ha solicitado Medi-Cal? Sí No
- En caso afirmativo, ¿tiene usted una prestación relacionada con una discapacidad? Sí No

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

Nombre de la persona responsable/garante:	DOB:	Número de seguro social: - -
DIRECCIÓN:		Número de teléfono fijo/móvil: () -
Estado de residencia: <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio	Longitud en la residencia:	Estado civil (marque una opción) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Apartado
Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desactivado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo (mínimo 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:

Personas a cargo - Miembros del hogar (Todas las personas que viven en el hogar, excluyendo al paciente/garante)

Nombre:	Edad:	Relación:	Cantidad aportada al hogar:

Ingresos familiares: enumere todas las fuentes de ingresos recibidas.

Ingresos mensuales actuales:		
	Paciente/Garante	Esposo
Salario bruto (antes de deducciones)	\$	\$
Ingresos por trabajo por cuenta propia	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$
Alquiler y arrendamiento de bienes raíces	\$	\$
Ingreso de la Seguridad Social / Incapacidad de la Seguridad Social	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$
Manutención infantil	\$	\$
Desempleo / Discapacidad	\$	\$
Asistencia pública (es decir, cupones de alimentos, etc.)	\$	\$
Todas las demás fuentes (adjuntar lista)	\$	\$

Se requiere comprobante de ingresos: (a) Dos recibos de pago más recientes o (b) Formulario W2 que muestre los salarios/ingresos.

DECLARACIÓN JURADA DE NO INGRESOS – Debe rubricar la declaración a continuación.

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

Gastos – Enumere los gastos adicionales en los espacios en blanco a continuación (adjunte la lista).

Lista de gastos:	Pago Mensual:	Saldo deudor:
Alquiler/Hipoteca mensual		
Pago del automóvil		
Seguro de automóvil		

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA SIN HOGAR – Si no tiene hogar, debe firmar con sus iniciales la declaración a continuación.

Yo, _____, certifico por la presente que no tengo hogar, ni domicilio fijo, ni trabajo ni bienes, y que no percibo ningún ingreso salvo posibles donaciones de terceros. **Iniciales** del padre/madre/tutor _____

Declaración de veracidad - Por la presente, reconozco que toda la información aquí proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de la solicitud. Además, según las leyes locales o estatales, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios puede considerarse un acto ilícito. También reconozco y doy mi consentimiento para que se obtenga un informe crediticio, o que se tomen otras medidas similares para verificar la información aquí proporcionada. Entiendo plenamente que el Programa de Asistencia Financiera del College Medical Center Phoenix es un último recurso y por la presente confirmo todas las cesiones previas de beneficios y derechos, que incluyen acciones de responsabilidad, reclamaciones por lesiones personales, acuerdos y todos y cada uno de los beneficios de seguro, otorgados al College Medical Center Phoenix.

Firma

Fecha