



Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Llene y brinde toda la información solicitada de la mejor manera posible para que Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare pueda determinar con precisión si usted es apto para recibir nuestro Programa de ayuda económica, el cual se basa en las Pautas Federales de Pobreza.

- ✓ Solicitud de ayuda económica llenada y firmada
- ✓ Cartas de otorgamiento para el seguro social, SSI, discapacidad, desempleo, ayuda general, pensión alimenticia, etc.
- ✓ Declaraciones de impuestos más recientes
- ✓ Boletas de pago (las más recientes que tenga)
- ✓ Situación laboral, actual y futura; o, si es trabajador autónomo, declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha para determinar el ingreso actual
- ✓ Tamaño de la familia
- ✓ Estados de cuenta bancaria, corretaje e inversiones de los dos últimos meses
- ✓ Copias del formulario 1099 del año calendario pasado con información sobre ingresos por intereses, dividendos, plusvalía, etc.
- ✓ Otros datos financieros pertinentes si no se cuenta con declaraciones de impuestos o boletas de pago. Se excluyen ciertos bienes del paciente, tales como planes de jubilación, casas y automóviles de propiedad del paciente.
- ✓ Verificación del alquiler (renta)
- ✓ Verificación de bienes inmuebles/hipoteca

Tenga en cuenta que cualquier solicitud incompleta será denegada y enviada de vuelta para ser llenada y/o para que se añadan documentos pertinentes. Si tiene preguntas, comuníquese con el **Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes** al **909/596-7733, anexo 5558**. Las solicitudes se pueden enviar por fax al **909/450-0141**.

Documentos adjuntos: [] **Solicitud:** []

Solo para usos con fines internos de Casa Colina

Llene la información a continuación antes de entregar la solicitud del solicitante. Si tiene preguntas o dudas, contacte al **Director de Servicios Financieros para los Pacientes** en el anexo 5558.

Departamento:	_____
Número de equipo:	_____
Fecha de entrega de la solicitud al solicitante:	_____
Solicitante interno:	_____

Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino

Número de seguro social: _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere a las personas que viven en su casa que tienen parentesco por nacimiento, matrimonio y/o adopción. Incluya a los estudiantes de la universidad que no viven con la familia pero que reciben apoyo económico.

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación	Número de seguro social

SECCIÓN 2: INGRESO BRUTO MENSUAL

Enumere a todos los empleadores de cada miembro del hogar y adjunte pruebas de ingreso bruto (antes de los impuestos o deducciones).

Ejemplos de prueba de ingreso: declaración de impuestos sobre la renta o boletas de pago, declaración de ganancias/pérdidas del contador (para los trabajadores autónomos).

Nombre	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Ingreso mensual

Enumere todo otro ingreso tal como seguro social, pensión ferroviaria, subsidio de desempleo, indemnización por accidentes laborales, asistencia social/AFDC, ingreso de seguridad complementario, pensión alimenticia para el cónyuge, pensión alimenticia para los hijos, asignación militar, asistencia de un familiar ausente o alguien que no vive en su hogar, pensión privada o pública, pagos del seguro o renta vitalicia, ingresos de dividendos, intereses, alquileres, regalías y/o de bienes raíces o fideicomiso. Adjunte las pruebas de ingresos.

Fuentes de ingreso	Ingreso mensual

SECCIÓN 3: INGRESO MENSUAL

Describa brevemente su situación laboral e incluya la fecha de contratación y/o la última fecha de empleo/jubilación. Si recibe ingresos de otras fuentes, describe el tipo de asistencia, la fecha cuando comenzó y la fecha cuando se prevé que termine, si corresponde. También describa cualquier otro detalle pertinente de sus ingresos.

Identifique TODA fuente de ingreso mensual en su hogar. Enumere a las personas que reciben ingresos y la cantidad que reciben cada mes en cada categoría de ingresos que sea aplicable. Además de llenar esta solicitud, presente todos los documentos requeridos para cada tipo de ingresos que identifique a continuación E incluya la declaración de impuestos más reciente incluyendo TODOS los apéndices correspondientes, estados de cuenta bancaria de dos meses, estados de cuenta de ahorro y estados de cuenta de inversiones/corretaje.

OCUPACIÓN:	Documentos requeridos	Paciente o solicitante	Cónyuge/otro familiar
Salario	2 boletas de pago actuales		
Tarifa por hora			
Promedio de horas laborales mensuales			
Facturación bruta de trabajo autónomo	YTD P&L, Apéndice (1)		
Ingreso de sociedad colectiva	YTD P&L, Apéndice (1)		
Seguro social	Otorgamiento		
Ingreso de seguridad complementario (SSI)	Otorgamiento		
Desempleo	Otorgamiento		
Discapacidad	Otorgamiento		
Indemnización por accidentes laborales	Otorgamiento		
Ayuda general	Otorgamiento		
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Otorgamiento		
Cupones para Alimentos/Electronic Benefit Transfer (EBT)	Otorgamiento		
Pensión alimenticia para el cónyuge	Otorgamiento		
Pensión alimenticia para los hijos	Otorgamiento		
Préstamo estudiantil	Otorgamiento		
Pensión/renta vitalicia	1099 del año pasado		
Ingresos por intereses	1099 del año pasado		
Dividendos	1099 del año pasado		
Plusvalía	1099 del año pasado		
Ingreso bruto por alquiler			
Otros:			
INGRESO MENSUAL TOTAL			

(1) YTD P&L YTD, P&L significa la declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha del negocio o sociedad colectiva. Si su familia no cuenta con ingresos, describa en el espacio a continuación cómo ha podido cubrir sus necesidades de alimento y vivienda. Si otra persona ha estado brindándole ayuda, además de lo que se indica a continuación, pídale a esa persona que envíe a Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare una carta describiendo el tipo de ayuda, frecuencia y duración de la ayuda.

SECCIÓN 4: GASTOS MENSUALES	Paciente o solicitante	Cónyuge/otro familiar
Hipoteca de residencia ocupada por el dueño		
Hipoteca de propiedad en alquiler		
Alquiler (renta)		
Impuestos prediales (inmobiliarios)		
Pagos por automóvil		
Cuidado de niños		
Teléfono celular		
Alimentos y artículos para el hogar		
Seguro de automóviles y gasolina		
Ropa		
Gastos médicos y dentales		
Seguro		
Pago de tarjetas de crédito		
Pago (matrícula y clases) de estudios		
Pensión alimenticia para los hijos		
Pensión alimenticia para el cónyuge		
Pagos fraccionados		
Gastos de lavado de ropa y limpieza		
Otros:		
GASTOS MENSUALES TOTALES		

Si los gastos mensuales reportados exceden los ingresos reportados, explique cómo puede cumplir con estas obligaciones económicas.

Indique si el paciente ha solicitado en ingreso en Medi-Cal o cualquier otro programa gubernamental. Si es así, brinde la información que figura a continuación:

Nombre del programa: _____

N.º de póliza/identificación: _____

Fecha del programa: _____

Otros: _____

SECCIÓN 5: OTROS

¿Usted trabaja? Yes No ¿Trabjará en el futuro? Sí No

¿Se ha declarado en bancarrota? Sí No ¿Cuándo?

Incluya también cualquier información que considere útil o indique lo que crea importante que podría ayudarnos a evaluar su solicitud.

OBJETIVO: El objetivo de esta información es determinar su capacidad para pagar los servicios de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare o su posible aptitud para recibir un programa de ayuda médica. Esta información **NO** es una solicitud para Medi-Cal, County Medically Indigent Services Program, California Children Services, Healthy Families ni ningún otro programa de ayuda en el condado.

DEBE CONTACTAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE SU CONDADO DE RESIDENCIA PARA SOLICITAR EL INGRESO EN PROGRAMAS DE AYUDA.

Certifico que la información anterior es precisa y completa y que estoy presentando esta solicitud a Casa Colina and Centers for Healthcare para determinar mi aptitud para recibir atención médica con descuento o atención benéfica. Comprendo que Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare se reserva el derecho de verificar toda la información brindada, incluido el permiso para contactar a empleadores y verificar mis/nuestros antecedentes crediticios. Acepto notificar al Departamento de Contabilidad de esta entidad sobre cualquier cambio en mi información financiera en el plazo de 10 días del cambio.

COMPRENDO QUE YO PODRÍA SEGUIR SIENDO RESPONSABLE DEL MONTO COMPLETO DE LOS CARGOS EN CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE.

Firma del paciente/parte responsable: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del representante de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____