

**Solicitud de asistencia económica**

El Programa de Asistencia Financiera de Henry Mayo Newhall Hospital ofrece ayuda financiera a pacientes que necesitan atención médica y de bajos ingresos, sin seguro o subasegurados, no elegibles para un programa del gobierno y que no pueden pagar, por cualquier otro motivo, la asistencia médica debido a la situación económica particular de su familia. Para determinar si un paciente o garante califica para recibir asistencia económica, necesitamos conocer algunos datos financieros. Su colaboración nos permitirá darle la debida consideración a su solicitud de asistencia económica.

Complete este formulario y proporcione la documentación justificativa más reciente: Presentaciones de impuestos sobre la renta (que documentan los ingresos del paciente para el año en el que se le facturó por primera vez o 12 meses antes de cuando se le facturó por primera vez), 2 extractos bancarios más recientes y 2 talones de cheque de pago dentro de un período de 6 meses antes o después de que el Hospital le facture al paciente, o en el caso de servicio previo, cuando se presente la solicitud de asistencia financiera.

Envíe los formularios completos y la documentación justificativa a Servicios financieros para pacientes utilizando el sobre adjunto.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_ Sexo\_\_\_\_ M=Masculino F=Femenino ¿Tiene casa? Sí ( ) No( )

Cantidad de dependientes registrados en la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Posee otra propiedad? Sí ( ) No( )

Enumere sus Dependientes: ¿Es propietario de automóviles? Sí ( ) No ( )

Nombre Relación Edad

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Bancaria de la Familia**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Saldo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información Bancaria Comercial**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Saldo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sueldos/Ingreso Mensual Anual**

Salarios totales del hogar\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Los salarios deben incluir los ingresos procedentes del empleo, el trabajo por cuenta propia, la asistencia pública, la seguridad social, las prestaciones por desempleo, la jubilación/pensión, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, etc.

**Gastos Mensual Anual**

Hipoteca / Alquiler \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicios (electricidad, agua, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Préstamos prendarios (automóviles) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facturas Hospitalarias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros gastos\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\* Incluya los pagos de tarjeta de crédito, comida, teléfono, gasolina, gastos de cuidado infantil, etc.

Mi firma da fe de que la información que he proporcionado en este formulario y la documentación justificativa adicional es precisa y verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta**  **Firma** **Fecha**

Programa de quejas de facturas hospitalarias

El Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera injustamente, puede presentar un reclamo ante el Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y para presentar un reclamo.