

**Petición De Asistencia Financiera Instrucciones Para
Solicitar El Programa De Pago Con Descuento O Atención
Caritativa No Compensada**



Fecha _____

Nombre del paciente _____

Número(s) de cuenta _____

Saldo total para considerar \$ _____

Esta solicitud aplica solo para los gastos del Community Memorial Hospital.

Todos los médicos, incluidos los médicos, radiólogos, anatomopatólogos, anesthesiólogos, médicos de la sala de emergencias y servicios de ambulancia de Community Memorial Health Centers, se facturan por separado de Community Memorial Hospitals y no están cubiertos por esta solicitud.

El hospital solo puede solicitar talones de pago recientes y/o declaraciones de impuestos sobre la renta para documentar ingresos. El hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no exigirá otras formas.

Es importante llenar la solicitud por completo y proporcionar toda la información requerida para evaluar adecuadamente su capacidad de pagar la totalidad o parte de la factura del hospital. Los pacientes que solo solicitan la elegibilidad para el programa de pago con descuentos podrían recibir menos asistencia financiera que la que podrían tener disponible en el marco del programa de atención caritativa.

Aunque no exigimos completar una solicitud de Medi-cal para determinar su elegibilidad, se recomienda que complete una evaluación de Medi-cal para compensar cualquier cargo adicional que no esté cubierto por esta solicitud. Si decide hacerlo, puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud local al 888-472-4463 o en <https://benefitscal.com>.

Se requieren los siguientes documentos para procesar su solicitud

1. Solicitud completa del programa de pago con descuento o atención caritativa (se adjunta a esta carta).
2. Copia de los comprobantes de nómina más recientes del solicitante, emitidos dentro de los 6 meses anteriores o posteriores a la fecha en que el hospital le facturó por primera vez al solicitante o, en el caso de un servicio previo, cuando se presentó la solicitud. Tenga en cuenta que esto también incluye la asistencia pública (por ejemplo, Seguro Social, Desempleo o Discapacidad).

Si recibe sus ingresos en efectivo, envíenos una declaración escrita de su empleador en la que consten dichos ingresos. Si actualmente no recibe ningún ingreso, escriba un breve párrafo en una hoja de papel separada indicando su situación financiera actual. Asegúrese de incluir la fecha y la firma. Si recibe asistencia financiera o vive con alguien, pídale que escriba una declaración explicando la situación.

3. Verificación de alquiler o hipoteca, solo es necesario si solicita un plan de pago. Esto no se requiere ni se considera para la elegibilidad de asistencia financiera.
4. Declaración de impuestos del año anterior correspondiente al año en que se facturó por primera vez al solicitante o al año anterior a ese (1040 completada y firmada).

Envíe copias de estos documentos, ya que no se le devolverán.

Presente la solicitud completa y la documentación de respaldo en persona en cualquiera de nuestros hospitales o en nuestra oficina comercial ubicada en 5855 Olivas Park Drive Ventura, CA 93003.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 805-948-5615 para obtener ayuda.

Gracias,

Departamento de Servicios Financieros para
Pacientes Community Memorial Healthcare

**Petición De Asistencia Financiera Solicitud Del
Programa De Pago Con Descuento O Atención
Caritativa No Compensada**



Nombre del paciente _____

Número(s) de cuenta del paciente _____

Nombre del garante _____

Nombre del garante _____ N.º de Seguro Social _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Nombre del cónyuge _____ N.º de Seguro Social _____

¿Es usted ciudadano estadounidense? ____Sí ____No

Si no es ciudadano estadounidense, ¿es un extranjero residente? ____Sí ____No

Si no es residente, ¿es un extranjero no residente? ____Sí ____No

CONDICIÓN FAMILIAR: Escriba una lista de todas las personas que dependen económicamente de usted.

Nombre	Edad	Relación
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Empleador _____

Puesto _____

Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio _____

Dirección del empleador _____

Número de teléfono _____ Antigüedad en el empleo _____

Empleador del cónyuge _____ Puesto _____

Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio _____

Declaración de ingresos y gastos actuales

Ingresos mensuales actuales

Paciente

Cónyuge

Salario bruto	\$ _____	\$ _____
Ingresos del negocio (si trabaja por cuenta propia)	\$ _____	\$ _____
Intereses y dividendos	\$ _____	\$ _____
Ingresos por bienes inmuebles o bienes personales	\$ _____	\$ _____
Ingresos por Seguro Social/jubilación	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
Ingreso mensual total	\$ _____	\$ _____

Gastos mensuales actuales	Paciente	Cónyuge
Pago de alquiler o vivienda	\$_____	\$_____
Impuestos inmobiliarios	\$_____	\$_____
Servicios públicos	\$_____	\$_____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$_____	\$_____
Educación	\$_____	\$_____
Alimentos	\$_____	\$_____
Deducciones de nómina	\$_____	\$_____
Medicina, odontología y medicamentos	\$_____	\$_____
Otros_____	\$_____	\$_____
Gasto mensual total	\$_____	\$_____
Ingresos netos mensuales después de los gastos	\$_____	\$_____

Comprendo que Community Memorial puede verificar mi información mediante la revisión de datos crediticios y la obtención de información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera, y es posible que yo tenga que hacerme responsable y asumir el costo de los servicios prestados.

 Firma del paciente o garante

 Fecha

 Firma del cosolicitante

 Fecha