

Solicitud Para Asistencia Económica

INSTRUCCIONES

1. Por favor llene *todas* las áreas en el formulario de solicitud adjunto. Si alguna de las áreas no aplica a usted, escriba N/A en el espacio proporcionado.
2. Si necesita más espacio para su respuesta a alguna de las preguntas adjunte una página adicional.
3. Usted *debe* proporcionar pruebas de sus ingresos al presentar esta solicitud. Se aceptan los siguientes documentos como prueba de ingresos:
 - a. Dos (2) estados de cuentas bancarias consecutivos más recientes; debe incluir todas las páginas de cada estado de cuenta (incluyendo las páginas en blanco). Para todas las cuentas, de cheques (corriente) y de ahorros.

Y

 - b. Dos (2) talones de cheque más recientes incluyendo del seguro social (carta de concesión es aceptable), manutención de menores, desempleo, incapacidad, pensión alimenticia o evidencia de cualquier otro pago depositado directamente en su cuenta bancaria. Si no está disponible; entonces;
 - c. La declaración de impuestos federales (formulario 1040) presentada del año más reciente, incluyendo todas las formas adjuntas como las presentó a la Hacienda Pública (IRS), Formulario W-2 federal que muestre su salario e ingresos;
 - d. Si le pagan sólo en efectivo, no tiene ingresos o no puede proporcionar la información solicitada anteriormente, favor de proporcionar una declaración por escrito que explique todas sus fuentes de ingreso y cómo se mantiene.
4. Es importante que llene, firme y presente la solicitud para asistencia económica con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de catorce (14) días.
5. Su solicitud no puede ser procesada hasta que proporcione *toda* la información y/o documentos requeridos. **Si toda la información requerida no se recibe dentro de treinta (30) días de la fecha de la firma en la solicitud, puede que se le pida volver a presentar la solicitud con los documentos requeridos.**
6. **Si está legalmente casado(a) usted y su conyugue debe(n) firmar y ponerle fecha a la solicitud.**
7. Si tiene preguntas, favor de comunicarse con su Paciente del Departamento de Servicios de Facturación:
 - ▶ MemorialCare Medical Group657-241-3601
8. En cuanto haya llenado la solicitud, favor de regresarla con los documentos requeridos a:
 - ▶ MemorialCare Medical Group 17360 Brookhurst Street, Fountain Valley, CA 92708

Solicitud Para Asistencia Económica

MemorialCare Medical Group

NÚMERO DE CUENTA(S): _____

NOMBRE DEL PACIENTE/ FIADOR		NOMBRE DEL ESPOSO(A)	
DOMICILIO		TELÉFONO	
		Casa	
		Trabajo	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
Paciente/Fiador		Espos(a)	

SITUACIÓN FAMILIAR		
Liste a todos los dependientes que usted mantiene		
Nombre	Edad	Parentesco

SITUACIÓN DE EMPLEO	
Empleador del paciente/fiador	Posición
Persona de contacto	Teléfono
Empleador de la esposa(o)	Posición

INGRESOS

	Paciente/Fiador	Esposa(o)
1. Ingreso y salario en bruto (antes de las deducciones)		
2. Ingresos como trabajador por cuenta propia		
Otros Ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Alquiler o arrendamiento de inmuebles		
5. Seguro social		
6. Pensión alimenticia		
7. Manutención para menores		
8. Desempleo/Incapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas otras Fuentes (anexe la lista)		
Ingreso total (sume las líneas del 1 al 10 arriba)		

BIENES		
Favor de proporcionar un cálculo correcto del valor de los bienes que usted posee. También indique cuánto debe en cualquier deuda pendiente vinculada con cada uno de los bienes		
Bienes	Valor	Cantidad que debe
1. Domicilio principal		
2. Otro inmueble (anexe una lista)		
3. Vehículos motorizados (anexe una lista)		
4. Otra propiedad personal		
5. Cuentas e inversiones bancarias		
6. Planes de jubilación		
7. Otros bienes (anexe una lista)		
Cantidad total (sume las líneas del 1 al 7 arriba)		

Al firmar a continuación, yo/nosotros testificamos que toda la información que ha sido proporcionada es verdadera y correcta a mi/nuestro mejor entendimiento. Yo/Nosotros autorizamos que Memorial Health Services verifique cualquier información listada en esta solicitud. Yo/Nosotros les concedemos abiertamente la autorización para comunicarse con mi/nuestro empleador, instituciones de banco y de préstamos. Además se puede obtener mi/nuestro informe de crédito.

Firma del paciente/fiador

Firma del esposo(a)

Fecha

Fecha