



Long Beach Medical Center
 Miller Children's & Women's Hospital Long Beach
 Orange Coast Medical Center
 Saddleback Medical Center

Solicitud para Asistencia Financiera

NÚMERO(S) DE CUENTA: _____

Paso 1: Cuéntanos sobre usted y su familia

Aval o nombre de la persona responsable	Cónyuge
Dirección:	Teléfono:
Número de seguro social: Aval/ persona responsable: _____ Cónyuge: _____	
Si recibe asistencia o beneficios de algún programa gubernamental para personas de bajos recursos. Favor de marcar este recuadro <input type="checkbox"/>	

Incluya todos los dependientes que usted mantiene.

Nombre	Edad	Relación

Paso 2: Cuéntanos sobre sus ingresos

Nota: Para los pacientes que solicitan únicamente la elegibilidad para el programa de pago con descuento, solo podemos solicitar sus talones de sueldo o declaraciones de impuestos recientes como documentación de ingresos. Podemos aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no exigiremos dichas otras formas.

	Empleador del Aval/persona responsable	Empleador del conyugue
Empleador	Nombre: _____ Número de teléfono: _____	Nombre: _____ Número de teléfono: _____
1. Sueldo y salario en bruto (antes de deducciones) *	\$ _____	\$ _____
*Incluya 2 talones de sueldo consecutivos recientes. Si no están disponibles entonces la última declaración de impuestos federales presentada al Departamento del Tesoro y el Servicio de Impuestos Internos (IRS). * Si le pagan en efectivo o trabaja por cuenta propia, envíe una declaración por escrito que explique sus fuentes de ingresos. *Si el ingreso es de \$0, envíe una declaración por escrito que explique cómo se mantiene.		
2. Intereses y dividendos	\$ _____	\$ _____
3. Alquiler o arrendamiento de inmuebles	\$ _____	\$ _____
4. Seguro Social * * Incluya la carta de concesión	\$ _____	\$ _____
5. Desempleo/Incapacidad	\$ _____	\$ _____
6. Todas otras fuentes	\$ _____	\$ _____



Long Beach Medical Center
 Miller Children's & Women's Hospital Long Beach
 Orange Coast Medical Center
 Saddleback Medical Center

Paso 3: Cuéntenos sobre sus bienes si está solicitando asistencia financiera; si no, vaya al Paso 4

Nota: Los pacientes que solo solicitan la elegibilidad para el programa de pago con descuento podrían recibir menos asistencia financiera que la que puede estar disponible para ellos bajo el programa de asistencia financiera.

Bienes	Valor estimado	Saldo
1. Residencia primaria y/u otros bienes y raíces (anexe una lista)	\$	\$
2. Vehículos (anexe una lista)	\$	\$
3. Cuentas bancarias e inversiones* <ul style="list-style-type: none"> *Incluya estados de cuenta que muestren depósitos y créditos 	\$	\$
4. Otros bienes (anexe una lista)	\$	\$

Paso 4: Por favor lea y firme esta solicitud

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 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. Entiendo que los programas de Asistencia Financiera son un "Pagador del último recurso" y por la presente asigno/asignamos al centro médico todos los beneficios debidos por cualquier acción de responsabilidad, reclamos de lesiones personales, acuerdos y todos y cada uno de los beneficios de seguro que pueden ser pagaderos, por enfermedad o lesión por la cual el centro médico o sus subsidiarios proporcionaron atención.

 Firma del Aval/Persona Responsable

 Fecha

 Firma del cónyuge

 Fecha

Paso 5: Recordatorios

<p>¿Usted ...</p> <p><input type="checkbox"/> completó todas las secciones y marcó N/A si alguna sección no aplica a usted?</p> <p><input type="checkbox"/> anexó una página adicional si le hizo falta más espacio para contestar sus preguntas?</p> <p><input type="checkbox"/> y su conyugue, si es casado/a, completó y firmó la solicitud?</p> <p><input type="checkbox"/> incluyó toda información requerida junto con una copia de los siguientes comprobantes?</p>	<p>Comprobantes de Ingresos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 talones de sueldo consecutivos recientes</p> <p><input type="checkbox"/> Si le pagan en efectivo o trabaja por cuenta propia, envíe una declaración escrita que explique sus fuentes de ingresos</p> <p><input type="checkbox"/> Si no están disponibles entonces la última declaración de impuestos federales</p> <p>Comprobantes de Bienes</p> <p><input type="checkbox"/> Incluya 2 estados de cuenta consecutivos recientes que muestren depósitos y créditos</p>
--	---

Cuando esté listo, favor de enviar la solicitud con los documentos requeridos a:
 MemorialCare, ATTN: FAA, P.O. Box 20894, Fountain Valley, CA 92728-0894, o por correo electrónico a pfdocuments@memorialcare.org. Si tiene preguntas, favor de llamar al 1-877-323-0043.