

Para presentar una solicitud en persona, diríjase a la siguiente dirección:

5855 Olivas Park Drive

Ventura, CA 93003

Horarios de atención

De lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
ATENCIÓN CARITATIVA NO COMPENSADA/PROGRAMA DE PAGO CON DESCUENTO
INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

Saldo total por considerar: \$ _____

En respuesta a su solicitud de asistencia financiera con respecto a los números de cuenta identificados arriba, le pedimos que envíe la siguiente documentación a más tardar diez (10) días a partir de la fecha de esta carta.

El hospital solo puede solicitar recibos de sueldo recientes o impuestos sobre la renta como documentación de ingresos. El hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero dichas formas no serán obligatorias.

Los pacientes que solo solicitan la elegibilidad para el programa de pago con descuento pueden recibir menos asistencia financiera que la que puede estar a su disposición en virtud del Programa de Atención Caritativa.

Es importante que la solicitud esté completa y que se proporcione toda la información solicitada, de modo que se pueda evaluar adecuadamente su capacidad para pagar toda o parte de la factura del hospital.

- (1) Denegación o aceptación formal de Medi-Cal
- (2) Solicitud del programa de pago con descuento/atención caritativa completa (adjunta a esta carta).
- (3) Copias de los recibos de pago de nómina para el período actual (últimos tres meses). Tenga en cuenta que esto incluye también asistencia pública (por ejemplo, seguro social, desempleo o incapacidad). Si usted recibe sus ingresos en efectivo, facilítenos una declaración escrita de su empleador que indique sus ingresos.

Política y solicitud de asistencia financiera



Si en este momento no recibe ningún ingreso, redacte un breve párrafo en una hoja de papel separada en el que indique su situación financiera actual. No olvide incluir la fecha y su firma. Si recibe asistencia financiera o vive con alguien, pídale a esa persona que escriba una declaración en la que explique la situación.

- (4) Verificación de alquiler o hipoteca.
- (5) Copia de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses anteriores (cuenta de ahorros, cuentas corrientes, cuentas IRA, cuentas del mercado monetario, etc.).
- (6) Copia de su declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040 completo y firmado).

Envíenos copias de estos documentos, ya que no se los devolveremos.

Si tiene alguna pregunta, llámeme directamente al (805) 652-5676 para que pueda ayudarle.

Becky S.

Supervisora de Servicios Financieros para Pacientes

Community Memorial Healthcare

Community Memorial Healthcare
147 North Brent Street
Ventura, CA 93003

Para presentar una solicitud en persona:
5855 Olivas Park Drive
Ventura, CA 93003

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
ATENCIÓN CARITATIVA NO COMPENSADA/PROGRAMA DE PAGO CON DESCUENTO
SOLICITUD**

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta del paciente: _____

Nombre del garante _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social _____ - _____ - _____

Teléfono: () _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Nombre del cónyuge: _____ N.º de seguro social _____ - _____ - _____

¿Es ciudadano de los EE. UU.? ___ Sí ___ No

Si no lo es, ¿es residente extranjero? ___ Sí ___ No

Si no lo es, ¿es extranjero no residente? ___ Sí ___ No

SITUACIÓN FAMILIAR: Enumere todos los dependientes a quienes mantiene

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Parentesco</i>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____

Política y solicitud de asistencia financiera



EMPLEO Y OCUPACIÓN:

Empleador: _____ Puesto de trabajo: _____

Si trabaja por cuenta propia, indique el nombre de su negocio: _____

Dirección del empleador: _____

Número de teléfono: _____ Tiempo que lleva en el empleo: _____

Empleador del cónyuge: _____ Puesto de trabajo: _____

Si trabaja por cuenta propia, indique el nombre de su negocio _____

Estado de ingresos y gastos actuales

Ingresos mensuales actuales:

	<u>Paciente</u>	<u>Cónyuge</u>
Salario bruto	\$ _____	\$ _____
Ingresos del negocio (si trabaja por cuenta propia)	\$ _____	\$ _____
Intereses y dividendos	\$ _____	\$ _____
Ingresos de bienes personales o inmuebles	\$ _____	\$ _____
Seguro social/ingresos de jubilación	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
Ingresos mensuales totales	\$ _____	\$ _____

Gastos mensuales actuales:

	<u>Paciente</u>	<u>Cónyuge</u>
Pago de alquiler o vivienda	\$ _____	\$ _____
Impuestos inmobiliarios	\$ _____	\$ _____
Servicios públicos	\$ _____	\$ _____

Política y solicitud de asistencia financiera



Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____	\$ _____
Educación	\$ _____	\$ _____
Alimentos	\$ _____	\$ _____
Deducciones de nómina	\$ _____	\$ _____
Gastos médicos, dentales y en medicamentos	\$ _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____	\$ _____
Gastos mensuales totales	\$ _____	\$ _____
Ingreso mensual neto después de gastos	\$ _____	\$ _____

Al firmar esta solicitud, acepto permitir que Community Memorial Healthcare se comunice con mi empleador, mi banco y otras fuentes, así como también que solicite un historial crediticio con el fin de determinar mi elegibilidad para la atención caritativa. Entiendo que no califico para recibir servicios según las pautas de la atención caritativa y que seré personalmente responsable de los cargos de los servicios prestados. Doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa. Si se determina que cualquier dato que proporcione aquí es falso o engañoso, entiendo que se negará la elegibilidad para la atención caritativa.

Entiendo también que esta solicitud es solo para cargos de Community Memorial Healthcare. Todos los servicios de médicos, profesionales de radiología, profesionales de la sala de emergencias de Ojai, ambulancia, anestesiología o patología se facturan por separado de Community Memorial Healthcare y no están cubiertos por esta solicitud.

(Firma del paciente o garante)

(Fecha)

(Firma del cosolicitante)

(Fecha)