

Modificado el 24/11/2025

SOLICITUD DE ATENCIÓN DE CARIDAD

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ N.º de seguro social: _____
 NOMBRE APELLIDO

Dirección actual: _____ Fecha de nacimiento: _____
 DIRECCIÓN DE CIUDAD: ESTADO: Código postal

N.º de teléfono actual: _____ Lugar de nacimiento: _____

1) ¿Presentó una solicitud para MediCal o para alguna otra asistencia del gobierno en los últimos 6 meses? SÍ/NO

Si la respuesta es "Sí", ¿se le otorgó la asistencia? SÍ/NO
 Si la respuesta es "No", ¿por qué se le negó la asistencia? _____

2) ¿Puede pagar una parte de esta factura? SÍ/NO Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto puede pagar? _____

3) Los servicios médicos, ¿estaban relacionados con algún accidente o lesiones por parte de terceros? SÍ/NO

Si la respuesta es "Sí", describa cómo ocurrió el accidente/la lesión y la parte responsable de cubrir las pérdidas incurridas como resultado del incidente.

Conforme a la ley federal, estoy solicitando asistencia financiera para atención de caridad en virtud de la Política de asistencia financiera de atención de caridad de Pomona Valley Hospital Medical Center. Comprendo que la información requerida en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad en virtud de la política y conceder la asistencia. Al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para permitir al personal designado del Hospital o al agente que verifique la exactitud de la información presentada. El proceso de verificación puede incluir, entre otros, el acceso a mi reporte de crédito. Declaro so pena de perjurio que la información provista es cierta y correcta. Comprendo que el Hospital puede necesitar información adicional a la que estoy presentando el día de hoy. Comprendo que es posible que califique para recibir un descuento por atención de caridad con base en mis ingresos. El no pagar el saldo del descuento puede dar lugar a que se asigne a una agencia de cobros externa.

Firma: _____ Fecha: _____

En caso de tener consultas respecto a la solicitud, llame al:

Departamento de servicios de elegibilidad de PVHMC al 909-865-9501.

Envíe la solicitud completa y los documentos solicitados a:

**PVHMC Eligibility Services
 1798 North Garey Avenue
 Pomona, CA 91767**

SECCIÓN 2: NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

Enumere a todas las personas que viven en su hogar, su fecha de nacimiento, número de Seguro Social y relación con el paciente.

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE SEGURO SOCIAL:	RELACIÓN CON EL PACIENTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				

SECCIÓN 3: INGRESOS MENSUALES

Describa brevemente su situación laboral, incluyendo la fecha de contratación o la última fecha de empleo/jubilación.

Si recibe ingresos de otras fuentes, describa el tipo de apoyo, la fecha en la que comenzó dicho apoyo y la fecha en la que se espera que este finalice, si corresponde. Describa también cualquier otro detalle pertinente sobre sus ingresos.

Identifique TODAS las fuentes de ingresos mensuales de su hogar. Indique la persona que recibe el ingreso, el monto que recibe cada mes por cada categoría de ingresos aplicable. Además de completar esta solicitud, presente comprobantes de pago o declaraciones de impuestos actuales para cada tipo de ingreso que identifique a continuación.

	Documentación requerida	NOMBRE:		NOMBRE:	
		Nombre	Apellido	Nombre	Apellido
		OCUPACIÓN:		OCUPACIÓN:	
Sueldos	2 talones de pago actuales				
Tarifa por hora					
Promedio de horas mensuales trabajadas					
Ingresos brutos de trabajadores autónomos	Cronograma de pérdidas y ganancias hasta la fecha (1)				
Ingreso societario	Cronograma de pérdidas y ganancias hasta la fecha (1)				
Seguro social	Carta de concesión				
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Carta de concesión				
Desempleo	Carta de concesión				
Discapacidad	Carta de concesión				
Indemnización por accidentes laborales	Carta de concesión				
Ayuda general	Carta de concesión				
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	Carta de concesión				
Bonos de alimentos (food stamps)/Transferencia electrónica de beneficios (EBT)	Carta de concesión				
Pensión alimenticia	Carta de concesión				
Manutención infantil	Carta de concesión				
Préstamos estudiantiles	Carta de concesión				
Pensiones/A anualidades	1099 del último año				
Ingreso de intereses	1099 del último año				
Dividendos	1099 del último año				
Ganancias de capital	1099 del último año				
Ingresos brutos por alquiler					
Otros:					
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES					

(1) La Declaración de pérdidas y ganancias hasta la fecha se refiere a la declaración actual de pérdidas y ganancias del negocio o sociedad hasta la fecha. Si su familia no percibe ingresos, describa en el espacio a continuación cómo ha podido satisfacer sus necesidades de alimentos y vivienda. Si ha recibido ayuda de otra persona, además de la explicación a continuación, pídale a esa persona que envíe a PVHMC una carta que describa el tipo de ayuda, la frecuencia y la duración de la misma.

SECCIÓN 4: GASTOS MENSUALES

	NOMBRE:		NOMBRE:	
	Nombre	Apellido	Nombre	Apellido
Hipoteca de la residencia ocupada por el propietario				
Hipoteca de la propiedad de alquiler				
Renta				
Impuestos a la propiedad				
Pago de automóviles				
Cuidado infantil				
Servicios públicos y teléfono móvil				
Alimentos y provisiones del hogar				
Seguro de automóvil y gasolina				
Vestimenta				
Gastos médicos y dentales				
Seguro				
Pagos de tarjetas de crédito				
Matrícula				
Manutención infantil				
Manutención conyugal				
Pagos de cuotas				
Gastos de lavandería y limpieza				
Otros:				
TOTAL DE GASTOS MENSUALES				

Si los gastos mensuales informados sobrepasan los ingresos informados, explique cómo es capaz de satisfacer estas obligaciones financieras.

SECCIÓN 5: PROPIEDADES, INVERSIONES Y AHORROS

	Documentación opcional	NOMBRE:		NOMBRE:	
		Nombre	Apellido	Nombre	Apellido
Valor de la vivienda (si es propia)					
Deuda sobre el hogar (si es propia)					
Valor de los vehículos (automóvil, motocicleta, camión, etc.)					
Deuda sobre los vehículos					
Saldo de la cuenta corriente					
Saldo de la cuenta de ahorro					
Saldo de la cuenta de inversión que no sea de jubilación					
Saldo de la cuenta de inversión de jubilación					
Bienes de un negocio o sociedad					
Otros:					
TOTAL DE ACTIVOS					

Si el promedio de depósitos mensuales sobrepasa el ingreso mensual informado, explique la fuente de los depósitos y presente la documentación que lo respalde.
