



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Expert care with a personal touch

SECCIÓN 1: ESTADÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ N.º de Seguridad Social: _____
NOMBRE APELLIDO

Dirección Actual: _____ Fecha de Nacimiento: _____
DOMICILIO CIUDAD ESTADO

Lugar de Nacimiento: _____

1) ¿Ha solicitado asistencia de MediCal o 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 asistencia? _____

2) ¿Es capaz de pagar una parte de esta factura? Sí/NO Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

3) Los servicios médicos, ¿estaban relacionados con un accidente o lesiones de terceros? Sí/NO

Si la respuesta es sí, describa cómo ocurrió el accidente/lesión y la parte responsable de cubrir las pérdidas incurridas resultantes del incidente.

Conforme a la ley Federal, estoy solicitando Asistencia Financiera de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de Pomona Valley Hospital Medical Center. Comprendo que la información brindada en esta solicitud es necesaria para los requisitos conforme a la política a determinar y la asistencia otorgada. Al firmar esta solicitud, presto 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 informe crediticio. Declaro so pena de perjurio que la información provista es cierta y exacta. Comprendo que el Hospital puede necesitar información adicional a la información que estoy presentando en el día de la fecha. Comprendo que si no presento la documentación solicitada dentro de los 30 días de realizada la solicitud, esto puede hacer que me nieguen la asistencia financiera. Comprendo que puedo calificar para recibir cuidados sin compensación u obtener un descuento parcial basado en mis ingresos. Si califico para un descuento parcial, acuerdo pagar al Hospital cualquier parte que adeude dentro de los 30 días. La falta de pago del saldo del descuento puede implicar la asignación de la deuda a una agencia de cobro externa.

Firma: _____ Fecha: _____

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

Departamento de Servicios de Requisitos de PVHMC al 909.469.9441.

Envíe la solicitud completa y los documentos solicitados a:

**Servicios de Requisitos de PVHMC
 1798 N. Garey Avenue
 Pomona, CA 91767**

SECCIÓN 2: TAMAÑO FAMILIAR

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 Seguridad Social	Relación con el paciente
1				
2				
3				
4				
5				
6				



Expert care with a personal touch

SECCIÓN 3: INGRESO MENSUAL

Describa brevemente su situación laboral, incluida la fecha de contratación o la última fecha de empleo/jubilación. Si recibe ingresos de otras fuentes, describa el tipo de soporte, la fecha en la que comenzó el soporte y la fecha en la que se espera que finalice el soporte, si correspondiera. También describa cualquier otro detalle pertinente sobre su ingreso.

Identifique TODAS las fuentes de ingresos mensuales de su hogar. Consigne la persona que recibe el ingreso, el monto que recibe cada mes por cada categoría de ingresos aplicable. Además de completar esta solicitud, para cada tipo de ingreso que identifique a continuación, presente la documentación necesaria que se enumera Y su más reciente declaración de impuestos presentada, incluidos TODOS los cronogramas de soporte, los estados bancarios, estados de cajas de ahorro y estados de corretajes/inversiones de los dos últimos meses.

NOMBRE:	NOMBRE:
Nombre Apellido	Nombre Apellido

	Documentación solicitada	OCUPACIÓN:	OCUPACIÓN:
Sueldos	2 talones de pago actuales		
Tarifa por hora			
Promedio de Horas Mensuales Trabajadas			
Recibos en bruto de empleo autónomo	Cronograma de Pérdidas y Ganancias Hasta la fecha (1)		
Ingreso societario	Cronograma de Pérdidas y Ganancias Hasta la fecha (1)		
Seguridad Social	Carta de Concesión		
Ingreso de Seguridad Complementaria (SSI)	Carta de Concesión		
Desempleo	Carta de Concesión		
Discapacidad	Carta de Concesión		
Seguro de Indemnización por accidentes y Enfermedades Laborales	Carta de Concesión		
Ayuda General	Carta de Concesión		
Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF)	Carta de Concesión		
Bonos de Alimentos/Transferencia electrónica de beneficios (EBT)	Carta de Concesión		
Pensión Alimenticia	Carta de Concesión		
Soporte infantil	Carta de Concesión		
Préstamos Estudiantiles	Carta de Concesión		
Pensiones/Anualidades	1099 del último año		
Ingreso de intereses	1099 del último año		
Dividendos	1099 del último año		
Ganancia de Capital	1099 del último año		
Ingreso de Rentas Bruto			
Otra:			
INGRESO MENSUAL TOTAL			

(1) La Declaración de Pérdidas y Ganancias Hasta la fecha implica la declaración de pérdidas y ganancias del negocio/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 hospedaje. Si ha recibido ayuda de otra persona, además de la explicación a continuación, solicítele a la persona que envíe a PVHMC una carta que describa el tipo de ayuda, la frecuencia y la duración de la ayuda.



Expert care with a personal touch

SECCIÓN 4: GASTOS MENSUALES

NOMBRE:	NOMBRE:
Nombre Apellido	Nombre Apellido

Hipoteca de la residencia ocupada por el dueño		
Hipoteca de la propiedad rentada		
Renta		
Impuestos a la Propiedad		
Pagos de automóviles		
Cuidado infantil		
Utilidades y Teléfono móvil		
Provisiones de alimentos y del hogar		
Seguro del automóvil y gasolina		
Vestimenta		
Gastos médicos y dentales		
Seguro		
Pagos de Tarjetas de Crédito		
Tutoría		
Soporte Infantil		
Soporte Conyugal		
Pagos de Cuotas		
Gastos de Lavandería y Limpieza		
Otra:		
GASTOS MENSUALES TOTALES		

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

SECCIÓN 5: PROPIEDADES, INVERSIONES Y AHORROS

NOMBRE:	NOMBRE:
Nombre Apellido	Nombre Apellido

Valor del Hogar (si se es propietario)		
Deuda sobre el Hogar (si se es propietario)		
Valor de los Vehículos (Automóvil, motocicleta, camión, etc.)		
Deuda sobre los Vehículos		
Saldo de la Cuenta Corriente		
Saldo de la Caja de Ahorro		
Saldo de la inversión que no sea de una jubilación		
Saldo de la inversión de una jubilación		
Bienes de un negocio o sociedad		
Otra:		
BIENES TOTALES		

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