

## Formulario de solicitud de asistencia financiera

Fecha de la solicitud:	Fecha de servicio:	
Nombre del paciente:	Número de cuenta:	
Dirección:	Número de teléfono:	
Ciudad, estado, código postal:	Fecha de nacimiento del paciente:	

Llame al 818-501-0434 si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario.

- 1) ¿Era el paciente residente de California al momento en que se le brindó el servicio?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 2) ¿Contaba el paciente con seguro médico al momento en que se le brindó el servicio?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 3) ¿Era el paciente de un beneficiario activo de Medicaid al momento en que se le brindó el servicio?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**\*\*Si respondió sí a las preguntas 2 o 3, adjunte a esta solicitud una copia de su seguro o tarjeta de Medicaid.**

### INGRESO:

- **Se debe divulgar el ingreso de todos los miembros adultos de la familia.** El ingreso incluye salarios brutos (antes de impuestos), ingreso por alquiler, indemnización por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública, intereses y dividendos, etc.
- “Familia” se define de la siguiente manera: (i) para personas de 18 años de edad y mayores, familia significa cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años de edad, independientemente de si viven en el hogar o no; y (ii) para personas menores de 18 años de edad, familia significa, padres, cuidadores, familiares, y los otros hijos menores de 21 años de edad del padre/madre, cuidador o familiar. Si el paciente es un menor, “familia” se define como el paciente, los padres biológicos o adoptivos del paciente y los otros hijos de los padres (biológicos o adoptivos) que viven en la casa del paciente.

Nombre del miembro de la familia	Edad	Fecha de nacimiento	Relación con el padre/madre	Fuente de ingreso o nombre del empleador	Ingreso de los últimos 3 meses antes de la fecha en que se le brindó el servicio	Ingreso de los últimos 12 meses antes de la fecha en que se le brindó el servicio
			Uno mismo			

Se debe suministrar la constancia de ingresos al momento de la solicitud (p. ej., tres meses de recibo de pago de sueldo, declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040 del Servicio de Rentas Internas [Internal Revenue Service, IRS], etc.).

- Si informa un ingreso de \$0, brinde una declaración por escrito de la manera en que usted (o el paciente) sobreviven financieramente. Incluya quién le brinda alimento, hospedaje, transporte, etc., y hace cuánto no recibe ingresos.

GASTOS MENSUALES:		ACTIVOS:	
		Es posible que se utilice esta información si su ingreso es un 200 % superior a los lineamientos del nivel federal de pobreza para determinar si usted resulta elegible para recibir atención con descuento.	
Renta/Hipoteca mensual	\$ _____	Cuenta corriente	\$ _____
Servicios públicos	\$ _____	Cuenta de ahorros	\$ _____
Pago de automóvil	\$ _____	Propiedad de comercio	\$ _____
Gastos médicos	\$ _____	Acciones y bonos	\$ _____
Primas de seguro (vida, vivienda, automóvil, médico)	\$ _____	Propiedad (excluida la vivienda principal)	\$ _____
Vestimenta, comida y elementos básicos para el hogar	\$ _____		
Otras deudas/gastos (p. ej., manutención de hijos, préstamos, otros)	\$ _____		

*Mi firma a continuación certifica que todo lo que he declarado en esta solicitud es correcto y queda sujeto a la revisión en virtud de una auditoría.*

*Comprendo que si se determina que la información que brindo es falsa, se rechazará la asistencia financiera y seré responsable de pagar los servicios brindados.*

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Devuelva la solicitud completada a la siguiente dirección:

Encino Hospital Medical Center  
Attn: Patient Financial Services  
16237 Ventura Boulevard  
Encino, CA 91436

Fecha de revisión: 10/2018