

ATTACHMENT BB

Pioneers Memorial Hospital Solicitud de Asistencia Financiera

INSTRUCCIONES

1. Por favor complete todas las áreas en el formulario de solicitud adjunto.
Si ninguna área aplica para usted, escriba N/A en el espacio proporcionado.
2. Tenga en cuenta que, según la elegibilidad, el pago con descuento ofrece menos asistencia financiera que la atención caritativa.
3. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder alguna pregunta.
4. Deberá proporcionar comprobantes de ingresos cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos son aceptados como comprobante de ingresos:

Si presentó una declaración de impuestos federales (Income Tax), debe presentar una copia de:

- a. Declaración de impuestos federales (Formulario 1040) del año más reciente. Debe incluir todos los anexos y archivos adjuntos tal como se enviaron al Servicio de Impuestos Internos (IRS);

Si no presentó una declaración de impuestos federales, proporcione lo siguiente:

- a. Tres (3) talones de cheque de pago más recientes.

ATTACHMENT BB

Si no tiene ingresos o prueba de documentos de ingresos, usted puede proporcionar una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo/a su familia.

5. Su solicitud no puede procesarse hasta que se proporcione toda la información requerida.
6. Es importante que complete y envíe la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos adjuntos requeridos.
7. Debe firmar y fechar la solicitud. Si el paciente/garante y el cónyuge proporcionan información, ambos deben firmar la solicitud.
8. Si tiene preguntas, llame a sus asesores financieros al (760) 351-3322 y (760) 351-3323.

9. Envíe su solicitud completa a:

Pioneers Memorial Hospital
Patient Financial Services Department
207 West Legion Road
Brawley, CA 92227

ATTACHMENT BB

Pioneers Memorial Hospital Solicitud de Asistencia Financiera

PACIENTE/ AVAL NOMBRE		CÓNYUGE NOMBRE	
DOMICILIO		TELÉFONO	
		Casa	
		Trabajo	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (opcional)			
Paciente/ Aval		Cónyuge	

ESTADO FAMILIAR		
Enliste todos los dependientes que usted mantiene		
Nombre	Edad	Relación

ESTADO DE EMPLEO (opcional)	
Empleador del Paciente/Aval	Puesto

ATTACHMENT BB

Persona de Contacto	Teléfono
Empleador del cónyuge	Puesto
Persona de Contacto	Teléfono

INGRESOS		
	Paciente/Garante	Cónyuge
1. Sueldos Brutos y Salario/Año (antes de deducciones)		
2. Ingresos por trabajo por cuenta propia/Año		
3. Otros ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Alquileres y Arrendamientos de Bienes Raíces		
5. Seguridad Social		
6. Pensión alimenticia		
7. Manutención de los hijos		
8. Desempleo/Discapacidad		
9. Asistencia Pública		
10. Todas las demás fuentes (lista adjunta)		
Ingreso total (sume las líneas 1-10)		

GASTOS INUSUALES (opcional)
Por favor proporcione información sobre cualquier gasto inusual, como facturas médicas, bancarrota, sentencias judiciales o pagos de liquidación

ATTACHMENT BB

(adjunte la lista según sea necesario).	
Descripción	Monto

Al firmar la presente, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según mi/nuestro conocimiento. Yo/nosotros autorizamos a Pioneers Memorial Hospital a verificar cualquier información incluida en esta solicitud. Otorgamos permiso expreso para contactar a mi/nuestro empleador.

Firma del Paciente/Aval

Firma del Cónyuge

Fecha
