



INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

**TENGA EN CUENTA QUE ESTE FORMULARIO NO SE APLICA AL PROGRAMA
DE MEDI-CAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA**

CHOC Children's necesita la solicitud adjunta y los documentos de respaldo que se indican abajo para evaluar adecuadamente su solicitud de una posible reducción de los gastos de hospital en los que incurrió en CHOC Children's de Orange o CHOC Children's en Mission Hospital.

Complete todas las secciones de la solicitud. Los documentos indicados como obligatorios deben estar incluidos en su solicitud. Se le devolverán las solicitudes a las que les falte información o que se presenten sin los documentos de respaldo obligatorios.

ATENCIÓN: LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SON OBLIGATORIOS.

Estos formularios se deben presentar junto con su solicitud de asistencia financiera.

Los dos (2) recibos de sueldo más recientes

Los resúmenes de cuenta bancaria de los últimos dos (2) meses

Declaraciones de impuestos federales del año anterior

Proporcione la documentación que respalde las siguientes fuentes de Otros ingresos, Bienes u Otros recursos, incluido lo siguiente:

Seguro Social	Beneficios por desempleo
Compensación de los trabajadores	Devoluciones de impuestos
Bienestar social/AFDC	Acciones
Manutención del cónyuge	Bonos
Manutención infantil	Fideicomisos
Rentas	Propiedad (que no sea la residencia principal)
Apoyo de familiares o personas que no vivan en su vivienda	

Envíe su solicitud completa y adjunte los documentos obligatorios por correo electrónico a FinancialAssistance@choc.org. La solicitud completa también se puede enviar por correo a:

CHOC Children's
CHOC Family Payment Center
1201 W. La Veta Ave
Orange, California 92868-3874

Si necesita comunicarse con el hospital por su solicitud, llame al Centro de Pagos Familiares de CHOC al 714-509-8600.

Las pautas federales de pobreza publicadas actuales se usan para determinar la elegibilidad. La política de asistencia financiera de CHOC Children's está disponible si la solicita.

Información personal

Etiqueta del paciente

A

Nombre del paciente:		
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N.º del Seguro Social del paciente
Fecha de nacimiento del paciente:	Número de cuenta	
Nombre del garante:		
Dirección:		
¿Tiene el paciente seguro médico?	Sí	No
¿Ha presentado el paciente una solicitud de Medi-Cal o CCS?	Sí	No
Cantidad total de miembros de su familia: (Incluya a todos los niños menores de 21 años)		Edades de los miembros de su familia:
¿Es el paciente residente de California?	Sí	No
¿Es esto para una visita a la sala de emergencias?	Sí	No

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, he presentado o presentaré una solicitud de la asistencia (Medi-Cal, Healthy Families, seguro, etc.) que tenga a disposición para el pago de servicios médicos y tomaré las medidas razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia; asimismo, cederé o pagaré al hospital el monto recuperado por servicios médicos.

Comprendo que esta solicitud es una herramienta para que el hospital evalúe mi elegibilidad para servicios de asistencia financiera. También comprendo que el hospital verificará la información, lo que puede incluir la obtención de un informe crediticio. Si se demuestra que la información que he proporcionado no es cierta o si no cumplo con el proceso de derivación para Medi-Cal, Medicare, Servicios para los Niños de California u otros programas identificados, esto puede ocasionar la pérdida del derecho a ser considerado para el Programa de Asistencia Financiera.

Fecha de hoy: _____ Fecha(s) de servicio: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de contacto: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Bienes/ingresos/recursos

B

Información sobre los padres/ el garante	Información sobre el empleador	Ingreso mensual (ANTES de impuestos)
Nombre del padre/madre n.º 1	Nombre del empleador:	
		\$
Nombre del padre/madre n.º 2:	Nombre del empleador:	
		\$
Otros ingresos (a saber, manutención infantil, manutención del cónyuge, beneficios por desempleo, compensación del trabajador)	Fuente de ingreso:	
		\$
		\$

Ingreso anual: \$

Bienes y recursos

Fondos	Descripción	Valor
Cuenta de cheques:	Número de cuenta:	\$
Cuenta de cheques:	Número de cuenta:	\$
Cuenta de cheques:	Número de cuenta:	\$
Cuenta de ahorros:	Número de cuenta:	\$
Cuenta de ahorros:	Número de cuenta:	\$
Fondos	Descripción	Valor
Mercado de dinero	Tipo:	\$
Acciones:	Tipo:	\$
Bonos:	Tipo:	\$

Propiedad personal	Descripción	Valor	Patrimonio neto
Propiedad (que no sea la residencia principal)	Tipo	\$	\$
	Tipo:	\$	
	Tipo:	\$	
Bienes y recursos:	Tipo:	\$	\$