

VALLEY PRESBYTERIAN HOSPITAL

Formulario de solicitud de asistencia financiera Proporcionado de acuerdo con Cal. Código de salud seguridad §127425(e)(5)

Fecha de aplicación:	Fecha de Servicio:
Nombre del Paciente:	Número de cuenta:
Dirección:	Número de teléfono:
Ciudad, Estado, y código postal:	Fecha de nacimiento del paciente:
Dirección de correo electrónico	

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario por favor llame al 1-818- 902-2913

INGRESOS

- **Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia:** Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquiler compensación por desempleo beneficios de seguridad social, asistencia pública, dividendos e intereses etc.
- "Familia" se define de la siguiente manera: (i) para personas mayores de 18 años, familia significa cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes, vivan o no en el hogar: y (ii) para personas menores de 18 años, familia significa padres, cuidadores, parientes y otros niños menores de 21 años del padre o pariente encargado del cuidado. Si el paciente es menor de edad, la "familia" se define como el paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente y los otros hijos (naturales o adoptivos) de los padres que son dependientes.

Nombre del miembro de la familia	Edad	Fecha de nacimiento	Relación al paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos en los últimos 3 meses	Seguro Social #

Ingreso total del hogar:

**Adjunte información adicional sobre miembros de la familia, si aplica.

- **Se debe proporcionar prueba de ingresos al momento de la solicitud (p. ej., talones de pago de un mes, la declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040 del IRS), etc.)**
- Si informa un ingreso de \$0 proporcione una declaración por escrito de como usted (o el paciente) sobrevive económicamente incluyendo quien proporciona comida, vivienda, transporte, etc. y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.

DECLARACION JURADA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Yo, _____, certifico por la presente que no tengo hogar, no tengo dirección permanente, trabajo o ahorros o activos, y no tengo ingresos más que posibles donaciones de otros.

_____ Iniciales del o de la paciente/garante.

PROGRAMA DE DESCUENTO PARA NO ASEGURADOS

Yo, _____, solicito por la presente que si no se me considera elegible para ningún

Programa de asistencia médica o si no se otorga Asistencia financiera, se me considerara automáticamente elegible para el Programa de descuento para personas sin seguro de Valley Presbyterian Hospital, si no tengo cobertura de terceros.

_____ Iniciales del o de la paciente/garante.

Mi firma a continuación que todo lo que he declarado en esta solicitud es correcto y está sujeto a revisión bajo auditoria.

Entiendo que, si se determina que la información que proporciono es falsa, se puede denegar la asistencia financiera y puedo ser responsable de pagar los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha

Por favor devuelva la solicitud completa a: Valley Presbyterian Hospital
P.O. Box 840417
Los Angeles, CA 90084-0417