

Solicitud de Asistencia de Pago

Nº de cuenta del paciente

Apellido del paciente

Nombre del paciente

Nº de Seguro Social del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Apellido del garante
(si fuese distinto)

Nombre del garante

Nº de Seguro Social del garante

Fecha de nacimiento

Domicilio particular del garante

()
 Número de teléfono particular

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del garante

\$
 Ingresos anuales del garante

Cargo/Departamento laboral del garante

Domicilio del empleador del garante

()
 Teléfono del empleador del garante

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del cónyuge

\$
 Ingreso anual del cónyuge

Cargo/Departamento laboral del cónyuge

Domicilio del empleador del cónyuge

()
 Teléfono del empleador del cónyuge

Ciudad

Estado

Código postal

Personas en la vivienda

Nombre	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador	Teléfono del empleador
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				

Solicitud de Asistencia de Pago de CHW (Continuación)

Por favor complete la tabla a continuación con la mayor cantidad de datos posible.

Análisis de ingresos

Para determinar su elegibilidad para el Programa de Asistencia de Pago de CHW, proporcione información sobre los ingresos familiares anuales antes de impuestos.

Ingresos por empleo	\$ _____
Ingresos por empleo del cónyuge	\$ _____
Ingresos por actividades comerciales	\$ _____
Ingresos por renta	\$ _____
Ingresos por intereses/ dividendos	\$ _____
Ingresos por Seguro Social	\$ _____
Pensión alimenticia o pagos de manutención	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____
Total de ingresos	\$ _____

Análisis de ahorros calificados

No incluya fondos que se encuentren en cuentas exentas de impuestos/ sujetas al pago diferido de impuestos, como cuentas de ahorro de planes 401K, 403B e IRA.

Cuentas de cheques	\$ _____
Cuentas de ahorros	\$ _____
Acciones, bonos y certificados de depósito (CD)	\$ _____
Otros activos monetarios	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Total de ahorros calificados	\$ _____

usted tiene dificultades financieras. Por favor, complete la solicitud adjunta y envíela junto con todos los siguientes documentos. Si no puede proporcionar algún documento o si existen factores adicionales que pueden influenciar la evaluación, por favor presente una declaración escrita en donde explique su situación.

- 1) Constancia de identidad** – Alguna de las siguientes:
 - Copia de la tarjeta del Seguro Social
 - Copia de la licencia de conductor emitida por el estado
 - Otra identificación con foto
- 3) Constancia de domicilio actual** – Alguno de los siguientes documentos:
 - Recibo de renta o factura de servicios públicos

2) Constancia de activos monetarios

Todos los siguientes documentos (si corresponden):

- Estados de cuentas de cheques y ahorros de los últimos 3 meses
- Documentación de acciones, bonos y/o certificados

4) Copia de aviso de la decisión de Medicaid/

Medi-Cal/AHCCCS (si es aplicable).

5) Constancia de ingresos:

- **Si es empleado**, incluya una copia de la declaración de impuestos del año anterior y el formulario W-2 (declaración de ingresos suministrada por su empleador) y los talones de los cheques de los tres meses anteriores más recientes.
- **Si recibe asistencia pública**, incluya copias de los cheques de asistencia pública de los tres meses anteriores y de la carta de asignación (por ejemplo, discapacidad, constancia de pago por desempleo o beneficios de seguridad social).
- **Si recibe los ingresos por empleo en efectivo**, incluya una declaración escrita de su empleador que especifique su ingreso mensual durante los últimos tres meses.
- **Si trabaja por su cuenta**, incluya el Anexo C de la declaración de impuestos del año anterior y un informe trimestral de un contador que incluya una declaración escrita de los ingresos brutos obtenidos durante los últimos tres meses.
- **Si no tiene ingresos constantes**, redacte un breve texto por separado que describa su situación financiera durante los últimos tres meses. Explique de qué manera o de qué fuente recibe dinero para pagar sus gastos básicos para vivir, como comida y vivienda.
- **Si depende de la ayuda financiera de otra persona**, incluya una “carta de ayuda financiera”.

Al firmar a continuación usted acepta ser evaluado para recibir asistencia de pago. Asimismo, certifica que todas las declaraciones efectuadas en la presente solicitud son correctas y están completas a su leal saber y entender. Si se determinase que la información proporcionada es falsa o está incompleta, se podrá anular todo descuento realizado en su cuenta y podrá exigirse que efectúe el pago total. Al firmar a continuación, usted autoriza a Catholic Healthcare West a verificar las referencias y los antecedentes crediticios para evaluar la presente solicitud de evaluación para recibir asistencia de pago.

Si usted recibe pagos de una compañía de seguros, un plan de seguro por accidentes y enfermedades laborales o cualquier otro tercero encargado de pagar, usted acepta informar al hospital de tales pagos. El hospital se reserva el derecho de cobrar la totalidad de los cargos facturados originalmente en caso de que un tercero le pague a usted los servicios hospitalarios.

Firma de la persona responsable de la cuenta (garante)

Fecha

Cuando usted ha terminado el uso y ha recopilado todos los documentos, vuelva por correo a:

St. Rose Dominican Hospitals-
San Martín
P.O. Box 33349,
Phoenix, AZ 85067-3349

Effective January 2010