



INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

La siguiente información y los documentos complementarios deben presentarse para una posible reducción en los gastos de servicios hospitalarios proporcionados por CHOC Children's en Orange o CHOC Children's at Mission Hospital.

Por favor, complete todas las secciones de la solicitud y adjunte copias de los documentos apropiados. Calquier solicitud que recibamos sin los documentos requeridos se le regresará.

Envíe la solicitud a la siguiente dirección.

CHOC Children's
Patient Financial Services Dept
1201 W. La Veta Ave
Orange, California 92868-3874

Si necesita comunicarse al hospital en relación a su solicitud, por favor, llame al (714) 509-7860.

Para determinar su elegibilidad, se usan las guías federales de la pobreza publicadas actualmente. Copias de la política de CHOC Children's Ayuda Financiera están disponibles a petición.

Lista de los documentos necesarios para completar la solicitud de beneficencia.

- ① **Talones de cheques o los 2 más recientes**
- ② **Estado de cuenta bancario (últimos 2 meses)**
- ③ **Declaración de sus impuestos del año pasado**

Por favor proporcione documentos que respalden las siguientes fuentes de Otros Ingresos, Bienes e Otros recursos.

Seguro social

Compensación para los trabajadores

Beneficencia pública (welfare/AFDC)

Pensión alimenticia

Manutención para hijos menores de edad

Rentas

Ayuda económica de miembros de la familia o de alguna persona que viva en el mismo domicilio.

Títulos de reembolso de impuestos

Acciones

Bonos

Fondos en mercado financiero

Propiedades (además de su residencia principal)

Personal Information

Pt. Label

A

Nombre del paciente:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		No. de seguro social del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:		Número de cuenta:
Nombre del fiador:		
Domicilio:		
¿Tiene el paciente seguro médico?	Sí No	
¿Ha solicitado el paciente Medi-Cal or CCS?	Sí No	
Total de miembros en la familia: (Incluya todos los niños de 21 años de edad y menores)		Edad de cada miembro de la familia:
¿Es el paciente residente de California?	Sí No	
¿Es ésta una visita a la sala de urgencias?	Sí No	- Si respondió "Sí", necesita completar la forma 1011

Yo certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender. Además, yo he solicitado o solicitaré cualquier ayuda (Medi-Cal, Medicare, seguro médico, etc.) que pudiera estar disponible para el pago de los servicios médicos y que tomaré cualquier acción razonable necesaria para obtener tal ayuda y designaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada por servicios médicos.

Entiendo que esta solicitud fue diseñada por el hospital para determinar si cumplo con los requisitos para recibir los servicios de beneficencia. También entiendo que el hospital verificará la información, lo cual podría incluir obtener un informe de mi estado de crédito. Si la información que he proporcionado resulta ser falsa, o si no cumplo con los procesos de referencia para el Medi-Cal, Medicare, California Children's Services u otros programas identificados, esto podría dar como resultado el perder de mi derecho para ser considerado como candidato para ayuda financiera.

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

Firma: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono : _____

Assets/Income/Resources

B

Nombre del empleado/empleador	Información del empleador	Ingreso mensual (bruto)	Fecha de contratación
(Madre) Nombre de la empleada:	Domicilio:		
Número de teléfono:		\$ -	
(Padre) Nombre del empleado:	Domicilio:		
Número de teléfono:			
Otro ingreso por empleo	Domicilio:		
Número de teléfono:			

Ingresos anuales

Bienes y recursos monetarios

Fondos	Descripción	Valor	
Cheques:	Número de cuenta		
Ahorros:	Número de cuenta		
Inversiones	Descripción	Valor	
Fondos en mercado financiero:	Tipo:		
Acciones:	Tipo:		
Bonos:	Tipo:		
Propiedades personales	Descripción	Valor	Plusvalía
Propiedades(además de su residencia principal)	Tipo:		
	Tipo:		
Bienes y recursos monetarios	Tipo:		