



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 de Orange, CHOC en Mission Hospital, CHOC clínicas, o CHOC Clínicas de Atención Primaria.

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

Declaraciones de impuestos federales del año anterior

Por favor proporcionar documentación que respalde las siguientes fuentes de otros ingresos incluido:

Ingresos Por Alquiler (Trabaja por Cuenta Propia)	Seguridad Social
Ingresos Por Alquiler	Beneficios por Desempleo
Manutención de los Hijos	Compensación al Trabajador
Pension Alimenticia	Bienestar Social / AFDC

Si no tiene ingresos, o documentos de prueba de ingresos, por favor, proporcione una carta explicando cómo se mantiene a sí mismo/a y a su familia.

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

Las pautas federales de pobreza publicadas actualmente se utilizan para determinar la elegibilidad. La Política de Asistencia Financiera de CHOC está disponible si la solicita. Si necesita comunicarse con el hospital por su solicitud, llame al Centro de Pagos Familiares de CHOC al 714-509-8600.

Gracias por elegir CHOC para las necesidades de atención médica de su familia.

Información Personal

Nombre del Paciente:		Seguro Social de Paciente:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Numero(s) de Cuenta:	
Fecha de Nacimiento del Paciente:		Fecha(s) de Servicio:	
Nombre del Garante:			
Dirección:			
¿Tiene el paciente seguro médico?		Si	No
¿Ha solicitado Medi-Cal o CCS?		Si	No
Número de Miembros de la Familia / Dependientes por Impuesto Sobre la Renta: (Incluye a todos los niños menores de 21 años)			Edades de los Miembros de la Familia:

Información Ingresos

Información Sobre los Padres / el Garante	Información de Empleador	Ingreso Mensual (PRIOR to Taxes)
Nombre del Padre / Madre #1:	Nombre del Empleador:	
		\$
Nombre del Padre / Madre #2:	Nombre del Empleador:	
		\$
Otros Ingresos:	Fuente de Ingresos:	
		\$
		\$

Ingreso Anuales: \$

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 y otros programas identificados, esto puede ocasionar la pérdida del derecho a ser considerado para el Programa de Asistencia Financiera.

Firma:	Fecha de Hoy:
Nombre:	Numero de Contacto:
Correo Electronico de Contacto:	