

Nombre del
paciente/garante:

Número(s) de cuenta:

En Emanate Health nuestro compromiso es hacer que la atención médica esté disponible para todas las personas de nuestra comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Nuestro programa de asistencia financiera ayuda a los pacientes de bajos recursos, que no están asegurados o que tienen un seguro insuficiente y necesitan ayuda para pagar toda o parte de la atención médica que necesitan.

Documentación requerida

El hecho de solamente cumplir con los criterios de selección, no le da derecho a la cobertura bajo el programa de asistencia financiera de Emanate Health. Para determinar su admisibilidad y maximizar el descuento/ayuda que se le otorga, se requieren los siguientes documentos cuando correspondan:

- 1) Solicitud de ayuda financiera completada y firmada.
- 2) Comprobantes de pago o, si trabaja por su cuenta, un estado de cuenta del año hasta la fecha actual de las pérdidas y ganancias para determinar sus ingresos actuales.
- 3) Declaraciones de impuestos recientes y formulario W-2.
- 4) Comprobante de cualquier beneficio del programa de ayuda general, pensión alimenticia, prestaciones de desempleo o discapacidad, seguro de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI), cartas de concesión para seguro social.
- 5) Las declaraciones de impuestos del año civil anterior con todas las programaciones para determinar los activos de producción de ingresos incluyendo activos monetarios.
- 6) Copias del formulario 1099 del año anterior para determinar los ingresos derivados de intereses, dividendos, ganancias de capital, etc.

****Copias solamente por favor, no los originales****

El no presentar la documentación solicitada dentro de los siguientes 30 días puede resultar en la negación de la ayuda financiera. Toda persona que haya falsificado información quedará automáticamente descalificada para recibir la ayuda financiera.

Para obtener más información o ayuda para completar la solicitud, comuníquese con nosotros al 626-732-3100, o visítenos en 1325 N. Grand Ave., Suite 300, Covina, Ca.

Atentamente,

Servicios empresariales

(626) 732-3100

(de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.)

Solicitud de ayuda financiera

SECCIÓN 1: Características demográficas del paciente

Nombre del paciente: _____ N.º de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Si el paciente es menor de edad o si alguien más alega ser su dependiente, brinde la información de las partes responsables a continuación.

Nombre del garante: _____ N.º de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

¿Ha solicitado anteriormente MediCal u otra ayuda del gobierno? Sí No

Explique: _____

¿Se relacionaban estos servicios con un accidente o una lesión de un tercero? Sí No
En caso afirmativo, describa cómo ocurrió su lesión/accidente y quién es responsable de las pérdidas que resultaron del incidente.

SECCIÓN 2: Composición familiar

Nombre	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Enumere a todas las personas que viven en su hogar e incluya su fecha de nacimiento, n.º de Seguro Social y relación.

Solicitud de ayuda financiera

SECCIÓN 3: Bienes, ahorros y activos

Valor de la vivienda, si es propia	\$
Deuda de la vivienda, si es propia	\$
Saldo de la cuenta de cheques	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$
Activos del negocio o de la sociedad	\$
Otros activos	\$

Activos totales	\$
------------------------	----

SECCIÓN 4: Ingresos mensuales

Describa su condición de ingresos, incluida su fecha de contratación/última fecha de empleo/jubilación. Si no tiene ingresos, describa cómo cubre sus necesidades de alimentos y vivienda. Si otra persona lo ayuda, describa el tipo de ayuda que recibe, la fecha estimada en la que comenzó a recibir esa ayuda y la fecha de finalización esperada. Pídale a la persona que proporcione a Emanate Health una carta que describa el tipo de ayuda, la frecuencia y su duración.

Fuente de ingresos y documentos requeridos

En la siguiente página (página 4), identifique TODAS las fuentes de ingresos mensuales en su hogar. Si alguien más alega ser su dependiente o lo ayuda financieramente, se requiere su información financiera. Coloque un ✓ junto a la fuente de ingreso que aplica para usted y/o las personas en su hogar. Escriba el nombre de la persona que recibe el ingreso y la cantidad total recibida por mes. Además de completar esta solicitud, ENVÍE toda la documentación de ingreso de respaldo para las personas que ha enumerado junto con SU documentación de ingreso de respaldo, su declaración de impuestos (1040) presentada más reciente, 2 meses de estados de cuenta bancarios de ahorro/de cheques, y estados de cuentas de inversión/seguro (401/IRA).

Solicitud de ayuda financiera

Fuente de ingresos	✓	Documentos necesarios	Persona que recibe los ingresos	\$ por mes
Salario	<input type="checkbox"/>	2 recibos de pago recientes		\$
Tarifa por hora	<input type="checkbox"/>			\$
Promedio de horas mensuales trabajadas	<input type="checkbox"/>			\$
Ingresos brutos de trabajo por su cuenta	<input type="checkbox"/>	Anexo 1 de resultados del año		\$
Ingresos de una sociedad	<input type="checkbox"/>	Anexo 1 de resultados del año		\$
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Desempleo	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Discapacidad	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Indemnización laboral	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Ayuda general	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Family, TANF)	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Cupones de alimentos/Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT)	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/>	Carta de concesión		\$

Manutención infantil		Carta de concesión		\$
Préstamos estudiantiles		Carta de concesión		\$
Pensión/A anualidades		Formulario 1099 del año anterior		\$
Ingresos derivados de intereses		Formulario 1099 del año anterior		\$
Dividendos		Formulario 1099 del año anterior		\$
Ganancias de capital				\$
Ingresos brutos derivados de alquileres				\$
Otro				\$
		Total de ingresos mensuales	\$	

Solicitud de ayuda financiera

Reconocimiento de la información

De acuerdo con la ley federal, solicito ayuda financiera conforme a la política de Ayuda financiera de Emanate Health. Comprendo que la información que se requiere en esta solicitud es para determinar la elegibilidad conforme a la política para verificar si se otorgará la ayuda. Comprendo que, al firmar esta solicitud, otorgo mi consentimiento al representante del personal designado de Emanate Health para verificar la exactitud de la información presentada. El proceso de verificación y aprobación podrá incluir, entre otros, el acceso a mi informe crediticio. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta. Comprendo que el Hospital podrá solicitar información adicional a la que presento el día de hoy. Entiendo que el no presentar la documentación solicitada en el plazo de 30 días a partir de la solicitud puede resultar en la negación de la ayuda financiera. Comprendo que podría reunir los requisitos para recibir atención no remunerada o un descuento parcial según mi ingreso. Si reúno los requisitos para un descuento parcial, acuerdo pagar cualquier parte del costo que se me atribuya a Emanate Health en el plazo de 30 días. En caso de no pagar el saldo con descuento, este podrá ser transferido a una agencia externa.

Firma: _____ Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud o si necesita ayuda para completarla, comuníquese con:

**Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al (626) 732-3100
De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.**

Envíe la solicitud completa y TODOS los documentos de respaldo requeridos a:

**Servicios empresariales de Emanate Health
1325 N. Grand Ave. Suite 300
Covina, CA 91724**