

Instrucciones para la Solicitud de Asistencia Financiera

Si no tiene cobertura de seguro, puede calificar para recibir atención médica de beneficencia u otro descuento del hospital. Cualquier persona que tenga un ingreso familiar del 400 % o menos del Nivel Federal de Pobreza puede calificar para recibir servicios con descuento conforme a la política de atención médica de beneficencia del hospital. Además, los pacientes que no tengan cobertura de seguro pueden calificar para programas del gobierno como Medi-Cal y otros programas de atención médica financiados por el gobierno. También puede obtener solicitudes para la cobertura que se ofrece a través del Beneficio de Salud Intercambiable de California: www.coveredca.com o a través de la Agencia de Servicios Comunitarios del condado de Stanislaus por teléfono al (877)652-0734 o en <http://www.csa-stanislaus.com>.

1. Complete todas las secciones del formulario de solicitud adjunto. Si alguna sección no le corresponde, escriba N/A (no aplica) en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder una pregunta.
3. Debe incluir un comprobante de denegación de programas de ayuda del Gobierno.
4. Debe incluir un comprobante de ingresos al momento de presentar esta solicitud. Se aceptan los siguientes documentos como comprobantes de ingresos:

Si presentó una declaración federal de impuestos, debe presentar una copia de lo siguiente:

- a. Declaración Federal de Impuestos del año anterior (p. ej., el formulario 1040) y debe incluir todos los anexos y documentos adjuntos, tal como se presentó ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés); **IMPUESTOS Y CARTA DE EXPLICACIÓN.**

Si no presentó una declaración federal de impuestos, presente lo siguiente:

- a. Los dos (2) últimos recibos de sueldo.
- b. Una carta explicando por qué no presentó una declaración federal de impuestos.
- c. Dos meses de los estados de cuenta actuales de las cuentas corriente y de ahorro.

Si no tiene ingresos, presente una carta explicando de qué manera se mantiene a usted mismo y a su familia.

5. Debe incluir un comprobante de los bienes monetarios, como dos (2) estados de cuenta actuales y los documentos que indiquen las cantidades que le pertenecen al paciente o al representante de la familia.
6. No se puede procesar su solicitud hasta que se presente toda la información requerida. Es importante que complete y presente la solicitud de asistencia financiera junto con toda la documentación requerida en un plazo de 14 días.
7. Debe firmar y escribir la fecha en la solicitud. Si el paciente/garante y cónyuge dan información, ambos deben firmar la solicitud.
8. Si tiene preguntas, llame a su ejecutivo de cuentas al 209-848-5366.
9. **Envíe su solicitud completa aquí:**

**Oak Valley Hospital District
Attn: Patient Financial Services Department – Financial
Assistance 350 South Oak Ave. Oakdale, Ca.95361
Fax 209-848-7008**

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE

NRO. DE CUENTA O DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO			
NOMBRE DEL PACIENTE DE NO SER LA PERSONA RESPONSABLE:			NRO. DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL:			TELÉFONO DEL TRABAJO O CELULAR:
EMPLEADOR:	PERSONA DE CONTACTO/TELÉFONO		OCUPACIÓN:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

NOMBRE: APELLIDO			PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	NRO. DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:					TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL:					TELÉFONO DEL TRABAJO O CELULAR:
EMPLEADOR:	PERSONA DE CONTACTO/TELÉFONO:			OCUPACIÓN:	

ENUMERE TODOS LOS DEPENDIENTES

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD

INGRESO MENSUAL

	PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE	CÓNYUGE
SALARIOS BRUTOS (antes de las deducciones)		
OTROS INGRESOS:		
INTERESES Y DIVIDENDOS		
ALQUILER/CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES		
SEGURO SOCIAL		
PAGO POR DESEMPLEO/ INCAPACIDAD		
PENSIÓN ALIMENTICIA/ MANUTENCIÓN DE NIÑOS		
OTROS (adjunte detalles)		

GASTOS MENSUALES		
ALQUILER/HIPOTECA		
PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE NIÑOS		
ALIMENTO/SUMINISTROS		
CUIDADO DE NIÑOS/ESCUELA		
SERVICIOS PÚBLICOS (gas, electricidad, agua, teléfono, etc.)		
PRIMAS DE SEGUROS (médicos, vivienda, auto)		
PAGOS DEL AUTO		
GASTOS DE TRANSPORTE (combustible, costos de reparación)		
TARJETA DE CRÉDITO/PAGOS DE PRÉSTAMOS PERSONALES		
PAGOS DE ATENCIÓN MÉDICA ACTUALES		
OTROS (agregue descripción)		
OTROS (agregue descripción)		
BIENES		
EFFECTIVO EN MANO		
CUENTA CORRIENTE*		
CUENTA DE AHORRO*		
PATRIMONIO DE BIENES INMUEBLES		
VEHÍCULO MOTORIZADO PROPIO; AÑO/MARCA/MODELO	VALOR	
VEHÍCULO MOTORIZADO PROPIO; AÑO/MARCA/MODELO	VALOR	
VEHÍCULO RECREATIVO/BARCO/MOTOCICLETA/AUTOCARAVANA AÑO/MARCA/MODELO	VALOR	
CUENTAS DE FIDEICOMISO		
OTRAS FUENTES (ACCIONES, BONOS)		
*SUCURSAL DEL BANCO Y NÚMEROS DE CUENTA		

**Incluya dos (2) meses de los estados de cuenta más actuales además del nombre de la sucursal del banco y los números de cuenta.*

Al firmar abajo, declaro/declaramos que toda la información presentada es verdadera y correcta, según mi/nuestro leal saber. Autorizamos al hospital Oak Valley Hospital a verificar cualquier dato incluido en la presente solicitud. Autorizamos expresamente que se comuniquen con nuestro empleador.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del cónyuge _____

Fecha _____

Padre/Tutor legal _____

Fecha _____