



AHMC Seton Medical Center

AHMC Seton Medical Center Coastside

Fecha:

Número de cuenta:

Nombre del paciente:

SOLICITUD DE SERVICIOS DE BENEFICENCIA Y ASISTENCIA FINANCIERA

APELLIDO (PACIENTE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N.º DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (DIRECCIÓN DEL CENTRO SI NO TIENE HOGAR)			DURACIÓN	TELÉFONO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	ESTADO CIVIL	

SECCIÓN A: EXAMEN DE ASISTENCIA MÉDICA: *marque la respuesta "S" para sí a "N" para no.*

- | | | | |
|---|-----|--|-----|
| 1. ¿El paciente es menor de 21 años o mayor de 65 años? | S/N | 5. ¿La paciente está embarazada o la admisión estuvo relacionada con el embarazo? | S/N |
| 2. ¿El paciente es un/a padre/madre soltero/a de un niño menor de 21 años? | S/N | 6. ¿El paciente estará potencialmente discapacitado durante 12 meses? | S/N |
| 3. ¿El paciente es un/a cuidador/a o tutor/a de un niño menor de 21 años? | S/N | 7. ¿El paciente es víctima de un delito? | S/N |
| 4. ¿El paciente es un padre/madre casado/a de un hijo menor de edad?
<i>En caso afirmativo, ¿el paciente tiene una incapacidad de 30 días?</i> | S/N | 8. ¿El paciente tiene una cobertura "COBRA" o póliza de seguro cuya prima ha caducado? | S/N |

SECCIÓN B

Para determinar las condiciones para cualquier descuento o programa de asistencia, se requiere la siguiente información.

RESPONSABLE/GARANTE

Apellido:	Nombre:	Relación con el paciente: él es el paciente
N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		N.º de teléfono:
Dirección del trabajo:		N.º de teléfono:
Ingresos brutos:	Marque uno <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
	Horas por semana:	
Si el ingreso es de \$0/está desempleado, ¿cuál es su medio de apoyo?	<input type="checkbox"/> Vivir de ahorros/anualidades <input type="checkbox"/> Vivir con padres/familiares/amigos <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Refugio	

CÓNYUGE

Apellido:	Nombre:	
N.º de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		N.º de teléfono:
Dirección del trabajo:		N.º de teléfono:
Ingresos brutos: \$	Marque uno <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
	Horas por semana:	

APELLIDO (GARANTE EN CASO DE SER DIFERENTE AL ANTERIOR)		N.º DEL SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
EMPLEADOR DEL GARANTE (NOMBRE Y DIRECCIÓN COMPLETA)					
TELÉFONO				PAGO BRUTO MENSUAL \$	
OTRO EMPLEADOR (NOMBRE Y DIRECCIÓN COMPLETA)					
TELÉFONO				PAGO BRUTO MENSUAL \$	
SI ESTÁ DESEMPLEADO, NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR Y DIRECCIÓN COMPLETA					
ÚLTIMA FECHA DE EMPLEO					
FAMILIARES DEPENDIENTES (SI SE NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE OTRA HOJA)		FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	EMPLEADO POR	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

<input type="checkbox"/> ALQUILER DE CASA <input type="checkbox"/> CASA PROPIA			<i>OTROS INGRESOS MENSUALES</i> \$ <i>ESPECIFICAR ORIGEN</i>			
DEBIDO A OTROS	A QUIÉN SE LE DEBE	SALDO ACTUAL	MENSUALIDAD	ACTIVOS	NÚMERO BANCARIO Y NÚMERO DE CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
ALQUILER/HIPOTECA				COMPROBACIÓN		
SERVICIOS PÚBLICOS				AHORROS O CERTIFICADO		
VÍVERES				403(B) o 401(K)		
CRÉDITO AUTOMOTRIZ				ACCIONES Y BONOS		
		SALDO ACTUAL	MENSUALIDAD	ACTIVOS	NÚMERO BANCARIO Y NÚMERO DE CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
TARJETAS DE CRÉDITO				IRA		
				VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)		
				VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)		
OTRAS OBLIGACIONES (MANUTENCIÓN INFANTIL, PENSIÓN ALIMENTICIA, PAGOS DE SEGURO)				VALOR DE MERCADO DE LA RESIDENCIA		
MÁS INFORMACIÓN				VALOR EN EFECTIVO DEL SEGURO		
FACTURAS ADEUDADAS A OTROS PROVEEDORES MÉDICOS				OTROS ACTIVOS (DESCRIBIR, POR EJEMPLO, SEGUNDA RESIDENCIA)		
<i>COSTO DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS</i>						
DEUDAS TOTALES				ACTIVOS TOTALES		

CERTIFICO QUE TODAS LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y COMPLETAS. POR LA PRESENTE, SE LE AUTORIZA A VERIFICAR MI HISTORIAL CREDITICIO PARA EVALUAR ESTA SOLICITUD PARA LA CONSIDERACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA.

FIRMA	FECHA



1900 Sullivan Ave.
Daly City, CA 94015

Para que esta solicitud sea considerada para la asistencia financiera, se requieren TODOS los siguientes documentos, si corresponde.

- ▶ Formulario de solicitud de asistencia financiera completado y firmado
- ▶ Una copia de la declaración de impuestos federales más reciente con W-2 y Anexos
- ▶ Una copia de los recibos de pago actuales (13 semanas)
- ▶ Una copia de los cheques de seguro social, discapacidad o desempleo o carta de concesión de ayuda económica
- ▶ Una copia de una notificación de decisión/denegación de AHCCS/Medi-Cal estatal, también conocida como carta de Notificación de acción. Puede obtenerla comunicándose con la oficina de Medi-Cal en el área en la que vive. Todos los pacientes potencialmente elegibles deben proporcionar un “Notificación de acción” válida de AHCCS/Medi-Cal en la que se indique la finalización de la solicitud y la razón de la aceptación o denegación. Cualquier Notificación de acción en la que se indique la falta de suministro de información o la falta de participación en la entrevista no será aceptada en consideración de esta Solicitud de asistencia financiera.
- ▶ **3 meses** de los estados bancarios actuales (cuenta corriente y de ahorros)

Devuelva su solicitud completa con todos los formularios solicitados a la siguiente dirección dentro de los 10 días.

Seton Medical Center
1900 Sullivan Ave.
Daly City, CA 94015
Attn: Financial Advisor

Comuníquese con el asesor financiero al 650-991-6614 si tiene alguna pregunta.

Tenga en cuenta que esto no es una garantía de que se otorgará asistencia financiera; y los pagos deben continuar de manera regular hasta que se haya tomado una determinación. Su solicitud y la información proporcionada serán revisadas y verificadas y se le proporcionará una decisión por escrito.

Gracias por su ayuda. Esperamos poder ayudarle a solucionar el problema con su cuenta.

Devolver antes de esta fecha:

Número de cuenta:

Saldo de la cuenta: