

Solicitud para Asistencia Financiera / Cuidado de Caridad

Gracias por haber elegido a George L. Mee Memorial Hospital como su proveedor de servicios médicos. Esta solicitud es para determinar si califica bajo los requisitos federales para el Cuidado de Caridad en George L. Mee Memorial Hospital. Esta solicitud debe de ser llenada por completo. Una solicitud incompleta será regresada y atrasará el tiempo de procesamiento. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, favor de llamar al departamento de Servicios Financieros / Cuidado de Caridad al (831) 386-7469.

(Opcional) Favor de incluir todos los documentos mencionados:

- Copia de sus impuestos federales de los dos (2) años más recientes.
- Copia de su licencia de manejar o Identificación del Estado
- Talonario de cheques de sueldo de los tres (3) meses más recientes o una carta de su empleo demostrando prueba de sus ingresos.
- Si es autoempleado, una copia del estado de ingresos de su compañía
- Documento de determinación de que no es elegible para Medicaid del Departamento de Servicios Sociales.
- Los tres (3) meses más recientes de su cuenta bancaria

Para determinar la elegibilidad para asistencia financiera de caridad del hospital, se deberá usar los ingresos y bienes del conyugue en el caso de un adulto. En el caso de un menor de edad, se deberá usar los ingresos y bienes de los padres.

(Opcional) Instrucciones adicionales para la solicitud:

1. Si el paciente es un menor de edad, la persona responsable o guardián debe proveer su información.
2. Si el paciente ha fallecido, el albacea o guardián legal debe proveer su información o un certificado de fallecimiento.
3. Una solicitud por paciente.
4. La solicitud es válida por el periodo de 3 meses en el año en actual de la fecha de servicio.
5. Si está desempleado y vive con alguien más, favor de incluir una carta de la persona que muestra prueba de dicha ayuda.
6. Si está desempleado, favor de proveer una copia de la compensación de su desempleo.
7. La solicitud completada deberá regresarse dentro de 14 días de su fecha de expedición.

Sección 1 - Información Personal

Fecha de Hoy ____/____/____

Fecha de Servicio ____/____/____ Fecha de Servicio ____/____/____ Fecha de Servicio ____/____/____

Nombre del Paciente (Apellido, Primer, Segundo) Número de Seguro Social (Opcional)

Domicilio Físico del Paciente Ciudad, Estado, Código Postal

Fecha de Nacimiento del Paciente Ciudadano de los Estado Unidos (Opcional) Residente de California (Opcional)
____/____/____ Si No Si No

()
Número de Teléfono Nombre de la Persona Responsable (Si no es el paciente - (Opcional))

Número de miembros de la Familia:

Nombres: Edad: Parentesco:

Empleado Si No

Puesto Tiempo de Empleo

()
Nombre del Empleador Persona de Contacto Número de Teléfono

Domicilio del Empleador Ciudad, Estado, Código Postal

¿Su empleador ofrece cobertura médica? Si No

Si la ofrece, ¿por qué no cuenta con esta cobertura? _____



Sección 2 –Ingresos

| | | Semanal | Mensual | Anual |
|---|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Salario antes de deducciones (incluyendo Militar) | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asistencia Pública | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seguro Social (y/o Beneficios de Veteranos) | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pensión alimenticia / Manutención | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pagos de Pensión | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ingresos de Renta | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otro tipo de asistencia monetaria: | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | | | |
| Grand Total de Ingresos: | <input type="text" value="\$"/> | | | |

Sección 3 - Certificación del Solicitante

Yo, _____, entiendo que la información sometida podría ser verificada
Nombre del solicitante

por **George L. Mee Memorial Hospital**, sus empleados y el gobierno federal y/o estatal. Declaraciones en esta solicitud me harán responsable de todos los cargos del hospital y me harán sujeto a sanciones civiles.

Como requerido por **George L. Mee Memorial Hospital**, certifico que he solicitado Medicaid a través del Estado de California e incluyo una copia de la carta de denegación.

Certifico que la información referente al número miembros de mi familia, mis ingresos y mis bienes es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad avisar a **George L. Mee Memorial Hospital** de cualquier cambio de estado en referencia a mis ingresos o bienes durante la evaluación de esta solicitud.

_____/_____/_____
Firma del Solicitante (Paciente o Persona Responsable) *Fecha*

Favor de incluir copias de todos los comprobantes de ingresos y bienes con esta solicitud.

No es parte del historial médico permanente.

