



CEDARS-SINAI®

Centro médico Cedars-Sinai
Unidad de procesamiento de asistencia
financiera
Archivo 1688
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA. 91199-1688

Horario comercial: 8 a.m. - 6 p.m., entre
semana
Número de teléfono: 323-866-8600
Acceso las 24 horas por fax: 323-866-3077
Correo electrónico:
Patient.Billing@cshs.org

Es posible que los servicios que recibió sean elegibles para la cobertura de la Política de asistencia financiera de Cedars-Sinai. Sin embargo, para evaluar adecuadamente su capacidad para pagar la totalidad o parte de la factura del hospital bajo la Política de asistencia financiera de Cedars-Sinai, se requiere documentación adicional.

Adjunto para su revisión es un resumen de política. Para ayudarnos en nuestra evaluación, envíe la siguiente documentación a más tardar 15 días después de la fecha de esta carta. Tenga en cuenta que es imprescindible incluir todos los documentos solicitados o proporcionar una declaración firmada que explique por qué alguno de los elementos a continuación no se relaciona con su situación. Envíe su información por correo postal, fax o correo electrónico anotados en la parte superior de esta carta. Le pedimos que envíe copias de los documentos a los que se hace referencia a continuación, ya que no le serán devueltos:

(1) Solicitud completa (incluida con esta carta).

- Una copia de su Declaración Federal de Impuestos actual (ejemplo, Formulario 1040) o declaraciones del año anterior junto con el formulario adjunto 4506-T, firmado y fechado. No envíe su declaración de impuestos estatal. Si no se encuentra disponible una Declaración de Impuestos Federales, incluya una copia de su comprobante de pago más reciente de todos los empleos durante los últimos seis (6) meses (paciente y cónyuge) y avísenos si hay un cambio significativo en su el ingreso del año.
- Tenga en cuenta que esto incluye asistencia pública, por ejemplo, Desempleo, Pagos por discapacidad, Seguridad social, etc.
- Si no recibe ningún ingreso que se reflejaría en los documentos enumerados anteriormente, prepare una declaración breve que indique su situación financiera actual. Asegúrese de firmar y fechar la declaración.
- Si está recibiendo asistencia financiera de alguien, solicite a esa persona que presente una declaración por escrito que indique la cantidad y la frecuencia de la asistencia financiera que se le brinda.

(2) Verificación de alquiler o hipoteca (cupón, recibo de alquiler, cheque cancelado)

- Si vive con alguien, pida a esa persona que presente una declaración por escrito que explique los términos financieros del acuerdo.



CEDARS-SINAI®

(3) Copia de los estados bancarios de cheques y cajas de ahorros de sus dos (2) meses anteriores (todas las páginas para el paciente y para el cónyuge).

(4) Copia de estados de cuenta de Money Market / Brokerage, certificados de Stock & Bond y Certificado de Depósitos, si corresponde.

Las cuentas de jubilación tales como los estados de cuenta 401 (k) y 403 (b) y los planes de pensión están excluidos y no deben ser provistos.

También comprenda que la presentación de una solicitud completa no significa que sus servicios califiquen según la Política de asistencia financiera de Cedars-Sinai. Hay varias consideraciones involucradas en nuestra revisión. Una vez que se complete el proceso de revisión, se le notificará por correo el resultado de su solicitud.

La Política de asistencia financiera de Cedars-Sinai brinda asistencia a los pacientes cuyos ingresos familiares no superan el 450 por ciento del nivel federal de pobreza. Hay varias otras fuentes federales, estatales, locales y privadas disponibles para financiar la atención a personas de bajos ingresos. Podemos ayudarlo a identificar las fuentes de financiación que se aplicarían a su situación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Representantes de Servicio al Cliente al 323-866-8600 para obtener ayuda.

Sinceramente,

Departamento de servicios financieros para pacientes de Cedars-Sinai



**APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre del paciente: _____

Cuenta del paciente o nro. de historial médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SS: XXX-XX-_____

Mejor número de teléfono diurno: () _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Nombre del cónyuge: _____ Últimos 4 dígitos del SS: XXX_XX _____

¿Es usted ciudadano de los EE. UU? Sí No

Si no lo es, ¿es extranjero residente legal? Sí No

Si no lo es, ¿es extranjero no residente? Sí No

Estado de familia: Indique todos los dependientes que tiene (si son más de 4, use una página separada)

Nombre:	Edad:	Relación:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Empleo y ocupación

Empleador: _____ Puesto: _____

Si trabaja por su cuenta, indique el nombre de su negocio: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono: () _____ - _____ Tiempo de empleo: _____

Empleador del cónyuge: _____ Puesto: _____

Si trabaja por su cuenta, indique el nombre de su negocio: _____

Ingreso mensual actual	Paciente	Cónyuge	Total
Pago bruto (Salario)	\$	\$	\$
Ingresos si trabaja por su cuenta	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
Bienes raíces o propiedad de alquiler	\$	\$	\$
Ingresos de seguro social / jubilatorios	\$	\$	\$
Pensión alimentaria, manutención	\$	\$	\$
Ingresos por discapacidad	\$	\$	\$
Ingreso mensual total	\$	\$	\$



**APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Gastos esenciales mensuales de mantenimiento	Paciente	Cónyuge	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos inmobiliarios	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Pagos de pensión alimentaria/ manutención	\$	\$	\$
Préstamo automotriz / pago de alquiler	\$	\$	\$
Educación (matrícula universitaria / escolar)	\$	\$	\$
Alimentos	\$	\$	\$
Seguros (hogar/automóvil)	\$	\$	\$
Cuidado infantil (dependientes)	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$	\$

Deudas médicas (Saldo total que debe)	Paciente	Cónyuge	Total
Deuda médica pendiente (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Otras deudas médicas	\$	\$	\$
Deudas médicas totales	\$	\$	\$

Activos (Excluir cuentas de jubilación)	Paciente	Cónyuge	Total
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado monetario / de corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Activos totales	\$	\$	\$

Mediante mi firma de esta solicitud, acepto que Cedars-Sinai verifique mi empleo y solicite una historia de crédito.

(Firma del paciente)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)