

Cedars-Sinai Medical Center  
Financial Assistance Processing Unit  
File 1688  
1801 W. Olympic Blvd  
Pasadena, CA. 91199-1688

Horario de atención: de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., días hábiles  
Teléfono: 323-866-8600  
Acceso las 24 horas por fax: 323-866-3077  
Correo electrónico: [Patient.Billing@cshs.org](mailto:Patient.Billing@cshs.org)

Es posible que los servicios que recibió puedan ser elegibles para cobertura según la Política de asistencia financiera de Cedars-Sinai. Sin embargo, con el fin de evaluar adecuadamente su capacidad de pagar total o parcialmente las facturas del hospital según la Política de asistencia financiera de Cedars-Sinai, se necesita más documentación.

Adjuntamos un resumen de la política para que lo revise. Para ayudarnos en nuestra evaluación, envíe la documentación que se describe abajo a más tardar 15 días a partir de la fecha de esta carta. Tenga en cuenta que es imprescindible incluir todos los documentos que se le piden o entregar una declaración firmada que explique por qué alguno de los puntos indicados **abajo** no corresponde a su situación. Devuelva la información a la dirección, fax o correo electrónico que están en la parte superior de esta carta. **Envíenos copias de los siguientes documentos, ya que no se le devolverán:**

- (1) Solicitud debidamente completada (adjunta a esta carta).
  - Una copia de su Declaración de impuestos federales actual (por ejemplo, el formulario 1040) o de las declaraciones del año anterior junto con el formulario 4506-T adjunto, firmado y con fecha. No envíe la declaración de impuestos del estado. Si no tiene una Declaración de impuestos federales, incluya una copia de los recibos de pago de salario más recientes de todos los empleos que hayan tenido durante los últimos seis (6) meses (del paciente y del cónyuge) y díganos si hubo un cambio significativo en sus ingresos del año anterior.
  - Tenga en cuenta que esto incluye asistencia pública, por ejemplo: pagos por desempleo o discapacidad, Seguro Social, etc.
  - Si no tiene ingresos que se puedan reflejar en los documentos indicados arriba, prepare una breve declaración que describa su situación financiera actual. Asegúrese de firmar y fechar la declaración.
  - Si está recibiendo asistencia financiera de alguien, pídale a esa persona que envíe una declaración por escrito con la cantidad y la frecuencia de la asistencia financiera que se le está dando.
- (2) Verificación de alquiler o hipoteca (vale, recibo de alquiler, cheque cancelado)
  - Si vive con alguien, pídale a esa persona que envíe una declaración por escrito donde explique los términos financieros del acuerdo.
- (3) Copia de sus estados bancarios de cuentas de cheques y de ahorro de los dos (2) meses anteriores (todas las páginas, del paciente y del cónyuge).
- (4) Copia de los estados de cuenta del mercado de dinero/corretaje, certificados de acciones y bonos, y Certificado de depósitos, si corresponde.

**Se excluyen las cuentas de jubilación, como los estados de cuenta de 401(k) y 403(b), y los planes de pensión, y no deben entregarse.**



Además, presentar una solicitud completa no significa que calificarán sus servicios según la Política de asistencia financiera del Cedars-Sinai. Hay una serie de consideraciones en nuestra revisión. Una vez que esté completo el proceso, se le notificará por correo postal el resultado de su solicitud.

La Política de asistencia financiera de Cedars-Sinai da asistencia a los pacientes con ingresos familiares que no superan el 600 % de los Niveles federales de pobreza. Hay una serie de otras fuentes federales, estatales, locales y privadas disponibles para financiar la atención de las personas con ingresos bajos. Podemos ayudarlo a identificar fuentes de financiamiento que se aplicarían a su situación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los representantes de Servicio al Cliente (Customer Service), llamando al 323-866-8600 para recibir ayuda.

Atentamente,

Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes de CSMC

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

Nombre del paciente: _____		
Número de cuenta o de expediente médico del paciente: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del n.º del Seguro Social: XXX-XX-_____		
Teléfono recomendado para llamar durante el día: ( ) _____ - _____		
Dirección: _____		
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
Nombre del cónyuge: _____ Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social: XXX-XX-_____		
¿Es usted ciudadano de EE. UU.?                      Sí              No		
Si no, ¿es extranjero residente?                      Sí              No		
Si no, ¿es extranjero no residente?                      Sí              No		
<b>Situación familiar: haga una lista de todos los dependientes a quienes mantiene (si son más de 4, use una página aparte).</b>		
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Empleo y ocupación</b>		
Empleador: _____ Puesto: _____		
Si es trabajador independiente, nombre del negocio: _____		
Dirección del empleador: _____		
Teléfono: ( ) _____ - _____                      Tiempo de empleo: _____		
Empleador del cónyuge: _____ Puesto: _____		
Si es trabajador independiente, nombre del negocio: _____		

Ingresos mensuales actuales	Paciente	Cónyuge	Total
Sueldo bruto (salario)	\$	\$	\$
Ingresos netos como trabajador independiente	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
Bienes inmuebles o propiedades de alquiler	\$	\$	\$
Seguro Social/Jubilación/Discapacidad	\$	\$	\$
Pagos de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
<b>Ingresos mensuales totales</b>	\$	\$	\$

<b>Gastos de vida esenciales</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>	<b>Total</b>
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Pago de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Pago de préstamo/arrendamiento de automóvil	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/cuidado infantil (dependientes menores)	\$	\$	\$
Comida	\$	\$	\$
Seguro (de casa/automóvil)	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
<b>Gastos mensuales totales</b>	\$	\$	\$

<b>Deuda actual por gastos médicos</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>	<b>Total</b>
Deuda por gastos médicos pendiente (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Otras deudas por gastos médicos	\$	\$	\$
<b>Deuda total por gastos médicos</b>	\$	\$	\$

<b>Activos (excluye cuentas de jubilación)</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>	<b>Total</b>
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado monetario/corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
<b>Total de activos</b>	\$	\$	\$

Con mi firma en esta solicitud, acepto que Cedars-Sinai verifique mi empleo y pida un historial crediticio.

\_\_\_\_\_

(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Firma del cónyuge)

\_\_\_\_\_

(Fecha)