

Attachment B**Anexo B****Financial Assistance Application
Solicitud De Asistencia Financiera****FINANCIAL ASSISTANCE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Devuelva la solicitud completa y los documentos financieros de respaldo a:

Cedars-Sinai Medical Center
Unidad de Procesamiento de
Asistencia Financiera
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

Horario de atención: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., días laborables

Teléfono: 323-866-8600 Expediente 1688
Acceso las 24 horas con fax: 323-866-3077
Email: Patient.Billing@cshs.org

Documentos financieros de apoyo necesarios para la asistencia financiera

Dé los documentos financieros solicitados abajo. Si falta algún documento o no está adjunto, su solicitud se retrasará o se denegará. Si no puede dar documentos específicos, presente una carta de explicación.

Documentos primarios:

- Comprobante de ingresos e ingresos no salariales (como se describe arriba)
 - Cheques o talones del empleador de dos meses anteriores
 - Declaraciones de verificación de desempleo, Seguro Social o discapacidad, etc. de dos meses anteriores
- Declaración de impuestos federales
 - Si no presentó una declaración de impuestos federales, incluya su W2 o 1099 más reciente
 - Si no puede dar la información de su declaración de impuestos por un retraso en la presentación de impuestos, discapacidad temporal o desempleo, incluya su formulario de impuestos no presentados. Puede obtener una copia llamando al 1-800-908-9946 o visitando www.irs.gov/individuals/get-transcript (use el formulario 4506-T o 4506T-EZ)
- Extractos bancarios de los dos meses anteriores de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de la cooperativa de crédito (incluya todas las páginas)
- Verificación de alquiler o hipoteca

Documentos suplementarios/otros:

- Comprobante de ingresos no salariales:
 - Declaración de ingresos de pensión alimenticia
 - Estado de resultados de negocio
 - Declaración de ingresos de manutención infantil
- Si está casado o en unión civil: Dé los siguientes documentos aplicables sobre su cónyuge/pareja
 - Comprobante de ingresos e ingresos no salariales (como se describe arriba)
 - Declaración de impuestos federales
 - Si no presentó una declaración de impuestos federales, incluya su W2 o 1099 más reciente
 - Si no puede dar la información de su declaración de impuestos por un retraso en la presentación de impuestos, discapacidad temporal o desempleo, incluya su formulario de impuestos no presentados. Puede obtener una copia llamando al 1-800-908-9946 o visitando www.irs.gov/individuals/get-transcript (use el formulario 4506-T o 4506T-EZ)
 - Últimos dos meses de su estado de cuenta más reciente de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de la cooperativa de crédito

Solicitud debidamente completada:

- Solicitud debidamente completada con fecha y firma

Attachment B (Continued)
Anexo B (continuación)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
Número de casa	Numero celular	Dirección de email	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Ingreso anual del grupo familiar: \$	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Número de personas en su grupo familiar (según lo informado en sus impuestos):	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha trabajada:			
Nombre del empleador		Número de teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA/PADRE/GUARANTE			
Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro:			
Nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha trabajada:			
Nombre del empleador		Número de teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal
Nombre del seguro médico (dado por el empleador, incluyendo COBRA) <input type="checkbox"/> Seguro médico no dado			

COBERTURA DEL SEGURO			
1. ¿Es usted elegible para alguna cobertura de seguro médico?			
<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Administración de veteranos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Política exterior	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, dé la siguiente información:			
Titular de la póliza		Asegurador	Número de la póliza
Titular de la póliza		Asegurador	Número de la póliza

Attachment B (Continued)

Anexo B (continuación)

PREGUNTAS DE SELECCIÓN

1. ¿El tratamiento dado se relaciona con alguno de los siguientes?

- Accidente Delito Lesión en el lugar de trabajo Otro:

2. ¿Contrató a un abogado o está presentando un reclamo por su lesión o enfermedad?

a. En caso afirmativo, indique:

Nombre del abogado

Número de teléfono del abogado

3. ¿Ya solicitó Medi-Cal? (Podemos pedirle que lo haga)

- Sí; en espera de aprobación Sí; no elegible No

a. En caso negativo, marque todo lo que corresponda abajo:

- Tiene menos de 19 años
 Tiene más de 65 años
 Está ciego
 Está tomando medicamentos para controlar la diabetes, la presión alta o las convulsiones
 Está discapacitado según lo determinado por la Administración del Seguro Social
 Está embarazada
 Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted

INFORMACIÓN DE GASTOS Y ACTIVOS

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

	Paciente	Cónyuge	Total
Gastos de vida esenciales			
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$

Attachment B (Continued)

Anexo B (continuación)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA			
Gastos de vida esenciales	Paciente	Cónyuge	Total
Pago de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Pago de préstamo/arrendamiento de auto	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/cuidado infantil (dependientes menores)	\$	\$	\$
Comida	\$	\$	\$
Seguro	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$	\$
Deuda actual por gastos médicos	Paciente	Cónyuge	Total
Deuda por gastos médicos pendiente (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Otras deudas por gastos médicos	\$	\$	\$
Activos (excluyendo cuentas de retiro)	Paciente	Cónyuge	Total
Cuentas de cheques/ahorros/cooperativas de crédito	\$	\$	\$
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado monetario/corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Total de activos	\$	\$	\$

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto solicitar cualquier asistencia local, estatal y federal para la que pueda ser elegible, para ayudar a aliviar el costo de cualquier factura de hospital y profesional. Entiendo que la información dada puede verificarla el Cedars-Sinai Medical Center o el Marina Del Rey Hospital, y autorizo a CSMC/MDRH a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información dada en esta solicitud. Entiendo que si di información incorrecta a sabiendas o si la solicitud contiene un error u omisión importante, ya no seré elegible para recibir asistencia financiera. Si se me dio asistencia financiera antes, se puede revertir en ese momento y seré responsable del saldo pendiente.

Firma de la persona que solicita asistencia financiera _____

Fecha _____

Firma del cónyuge/pareja de hecho/garante (cuando corresponda) _____

Fecha _____