



St. Francis Medical Center

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Fecha de aplicación:	Fecha de servicio:	
Nombre del paciente:	Número de cuenta:	
Dirección:	Número de teléfono:	
Ciudad, Estado, ZIP:	Fecha de nacimiento del paciente:	

Por favor llame al (310) 900-4521 para cualquier pregunta sobre cómo llenar este formulario.

- 1) ¿Era el paciente un residente de California en el momento del servicio? Sí _____ No _____
- 2) ¿El paciente tenía seguro médico en el momento del servicio? Sí _____ No _____
- 3) ¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio? Sí _____ No _____

**Si respondió *sí* a las preguntas 2 o 3, por favor adjunte una copia de su seguro o tarjeta de Medicaid a esta solicitud.

INGRESOS:

- **Los ingresos de todos los miembros adultos de la familia deben ser revelados.** Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública, dividendos e intereses, etc.
- Por "familia" se entiende la siguiente manera: i) para las personas de 18 años de edad o más, por familia se entiende el cónyuge, la pareja de hecho y los hijos a cargo menores de 21 años, vivan o no en el hogar; y (ii) para las personas menores de 18 años de edad, familia significa padres, cuidadores, parientes y otros niños menores de 21 años de edad del padre o pariente cuidador. Si el paciente es menor de edad, la "familia" se define como el paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente y los otros hijos del padre (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.

Nombre del miembro de la familia	Edad	Fecha de nacimiento	Relación con los padres	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos por 3 meses antes de la fecha de servicio	Ingresos por 12 meses antes de la fecha de servicio
			Propio			

- **La prueba de ingresos debe proporcionarse en el momento de la solicitud (por ejemplo, tres meses de talones de pago, la declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040 del IRS), etc.).**



St. Francis Medical Center

- Si usted reporta un ingreso de \$0, por favor proporcione una declaración por escrito de cómo usted (o el paciente) está sobreviviendo financieramente, incluyendo quién proporciona comida, refugio, transporte, etc. y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.

GASTOS MENSUALES:		ACTIVO:	
		Esta información se puede utilizar si sus ingresos son iguales o inferiores al 600% de las pautas federales de nivel de pobreza para determinar si usted puede ser elegible para la atención con descuento.	
Alquiler mensual/hipoteca	\$ _____	Cuenta corriente	\$ _____
Utilidades	\$ _____	Ahorros	\$ _____
Pago del coche	\$ _____	Propiedad de la empresa	\$ _____
Gastos médicos	\$ _____	Acciones y bonos	\$ _____
Primas de seguro (vida, hogar, coche, médico)	\$ _____	Bienes inmuebles (excluida la residencia principal)	\$ _____
Ropa, comestibles, artículos para el hogar	\$ _____		
Otras deudas/gastos (por ejemplo, manutención de los hijos, préstamos, otros)	\$ _____		

*Mi firma a continuación certifica que todo lo que he declarado en esta solicitud es correcto y está sujeto a revisión bajo auditoría.
Entiendo que si se determina que
la información que proporciono es falsa, la asistencia financiera puede
ser denegada y yo puedo ser responsable de pagar por los servicios prestados.*

Firma del solicitante

Fecha

Por favor, devuelva la solicitud completada a:

St. Francis Medical Center
A la atención de: Servicios financieros para pacientes
3628 E. Imperial Highway, Suite 104
Lynwood, CA 90262

Revisado en Abril 2024