

**Sistema de Salud de Saint Joseph
Solicitud para ayuda financiera**

INSTRUCCIONES

1. Por favor complete *toda* la información que se le pide en la solicitud adjunta. Si encuentra una sección o pregunta que no le corresponde, por favor escriba N/A (No Aplica) en el espacio en blanco de tal sección o pregunta.
2. Agregue una página adicional si necesita más espacio para responder cualquier pregunta.
3. Usted *tiene* que mostrar una prueba de sus ingresos cuando entregue esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingresos:

Si ha hecho los impuestos federales (income tax), usted tiene que entregarnos una copia de:

- a. Declaración de impuestos federales (Formulario 1040) del año más reciente. Usted tiene que incluir todos los formularios y documentos adjuntos que sometió al *Internal Revenue Service*;

Si usted no ha hecho sus impuestos federales, por favor entréguenos lo siguiente:

- a. Los dos (2) recibos o talonarios de sus cheques de sueldo más recientes;
- b. Una carta donde usted explique por que no ha hecho los impuestos federales.

Si usted no tiene ningún ingreso, por favor entréguenos una carta donde usted explique cómo se sostienen económicamente usted/su familia.

4. Su solicitud no puede ser procesada hasta que *toda* la información requerida sea entregada.
5. Es importante que usted complete, firme y entregue la solicitud para ayuda financiera con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de catorce (14) días.
6. Usted tiene que firmar y fechar la solicitud. Si el paciente/ garante del paciente y su esposa/ o nos dan la información para la solicitud, ambos tienen que firmarla.
7. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame al representante de su cuenta.
8. Envíe su solicitud completa a:

**St Mary Medical Center
Patient Financial Services Department
P.O. Box 7025
Apple Valley CA 92307**

Sistema de Salud de Saint Joseph
Solicitud para ayuda financiera

NOMBRE DEL PACIENTE/ GARANTE		NOMBRE DEL ESPOSO/A	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
		Casa	
		Trabajo	
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL			
Paciente/Garante		ESPOSO/A	

ESTADO DE LA FAMILIA		
Haga una lista de todas las personas que dependen de usted económicamente (Hay espacio adicional en la página 4)		
Nombre	Edad	Parentesco

ESTADO LABORAL	
Empleador del paciente o tutor	Posición
Persona a contactar	Teléfono
Empleador del esposo/a	Posición
Persona a contactar	Teléfono

INGRESOS		
	Paciente/Garante	Esposa/o
1. Sueldo y salario bruto (antes de deducciones)		
2. Ingreso de trabajos por su cuenta		
3. Interés y dividendos		
4. Alquiler de bienes raíces y alquileres		
5. Seguro Social		
6. Pensión por divorcio o separación		
7. Manutención		
8. Seguro por desempleo o incapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las demás fuentes de ingresos (adjuntar una lista)		
Ingreso total (añadir las líneas del 1 al 10 de arriba)		

GASTOS INESPERADOS	
Por favor dénos información sobre cualquier gasto inesperado tal como cuentas médicas, bancarrota, ordenes judiciales o pagos para solucionar disputas (se dispone de espacio adicional en la pagina 4 – adjuntar una lista si es necesario).	
Descripción	Cantidad

Al firmar a continuación, yo declaro/nosotros declaramos que toda la información entregada es verdadera y correcta lo más posible de acuerdo a lo que yo se/ nosotros sabemos. Yo autorizo/nosotros autorizamos al Hospital **St. Mary Medical Center** que verifique cualquier información que aparece en esta solicitud. Nosotros expresamente damos autorización para que contacten a mi empleador/nuestros empleadores.

Firma del paciente/Garante

Firma del esposo/a

Fecha

Fecha

Declaración de la misión del Sistema de Salud de St. Joseph: “Expandir el ministerio de salud católico de las hermanas de St. Joseph of Orange, al mejorar continuamente la salud y la calidad de vida de las personas en las comunidades que servimos”.

