# Salinas Valley Health Medical Center
# Solicitud de Asistencia Financiera

## INSTRUCCIONES

1. Por favor, llene todas las áreas del formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no se aplica a usted, escriba *N/A* en el espacio provisto.

2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder alguna pregunta.

3. Por favor, proporcione prueba del ingreso familiar cuando envíe esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como comprobante de ingresos:

   **i. Talones de pago dentro de los seis (6) meses anteriores o posteriores a la primera facturación al paciente; o**

   **ii. Declaraciones de impuestos sobre la renta del año en que se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de cuando se facturó al paciente por primera vez.**

Si usted no tiene ingresos, puede proporcionar una carta explicando cómo se mantiene a sí mismo y/o a su familia. Salinas Valley Health Medical Center puede aceptar, pero no requiere, otras formas de documentación de ingresos.

4. Su solicitud no podrá ser procesada hasta que se proporcione toda la información requerida.

5. Usted *debe* firmar e indicar la fecha en la solicitud. Si el paciente/garante y su cónyuge proporcionan información, ambos *deben* firmar la solicitud.

6. Si tiene preguntas, llame a su representante de cuenta al 831-755-0732.

7. Envíe por correo o entregue su solicitud llenada a:

Salinas Valley Health Medical Center
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

3 Rossi Circle, Suite C
Salinas, CA 93907
831-755-0732

# Solicitud de Asistencia Financiera de Salinas Valley Health Medical Center

Marque el tipo de asistencia financiera que desea solicitar (la mayoría de los pacientes marcan ambas casillas):

☐ Atención Caritativa Completa
☐ Pago con Descuento: Los pacientes que soliciten únicamente el Programa de Pago con Descuento pueden recibir menos asistencia financiera que la que puede estar disponible bajo el Programa de Atención Caritativa.

**CUENTA/REGISTRO MÉDICO #** (Para ser completado por el personal de SVHMC):
_____

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL PACIENTE/GARANTE**: | _____<br>NOMBRE. 2DO. NOMBRE APELLIDO |
| **NOMBRE DE CÓNYUGE:** | _____<br>NOMBRE. 2DO. NOMBRE APELLIDO |
| **DIRECCIÓN DEL PACIENTE** | **NO. DE TELÉFONO:** |
| LÍNEA 1: | Paciente: |
| LÍNEA 2: | Cónyuge: |
| **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)** | |
| Paciente/Garante: | Cónyuge: |

**ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**[1]
(Adjunte una hoja separada si es necesario)

| Nombre | Edad | Relación |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**SITUACIÓN LABORAL**
(Opcional **SOLO** para pacientes del Taylor Farms Family Health & Wellness Center)

| | |
|---|---|
| **Empleador del Paciente/ Garante:** | Cargo/Puesto: |
| | Teléfono: |
| Persona de contacto: | |
| **Empleador de Cónyuge:** | Cargo/Puesto: |
| | Teléfono: |
| Persona de contacto: | |

[1] La familia se define como:

i) Para personas de 18 años de edad o más, cónyuge, pareja de hecho, hijo/a dependiente menor de 21 años de edad, o de cualquier edad si tiene una discapacidad, ya sea que viva en el hogar o no, y

ii) Para personas menores de 18 años de edad o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, padre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si tienen una discapacidad, del padre, madre o pariente cuidador.

| INGRESOS FAMILIARES MENSUALES (DEBE ESTAR POR DEBAJO DEL 400% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) PARA ELEGIBILIDAD) | | |
|---|---|---|
| | Paciente/Garante: | Cónyuge |
| 1. Salarios y sueldos brutos/Año (antes de deducciones) | | |
| 2. Ingresos de empleo independiente/año | | |
| **Otros ingresos:** | | |
| 3. Intereses y dividendos | | |
| 4. Rentas y arrendamientos de bienes raíces | | |
| 5. Seguro Social | | |
| 6. Pensión alimenticia/manutención infantil | | |
| 7. Desempleo/Discapacidad | | |
| 8. Asistencia pública | | |
| 9. Todas las demás fuentes (adjuntar lista) | | |
| INGRESOS FAMILIARES BRUTOS | | |

Al firmar a continuación, declaro que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Autorizo a Salinas Valley Health Medical Center para que verifique cualquier información incluida en esta solicitud. Yo otorgo expresamente permiso para contactar a mi empleador.

_____ _____

Firma del Paciente/Garante Firma de Cónyuge

_____ _____

Fecha Fecha