

Salinas Valley Memorial Hospital

Aplicacion De Asistencia Financiera

INSTRUCCIONES

1. Complete todas las áreas en el formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no corresponde a su opción, escriba N/D en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder a una pregunta.
3. Usted debe proveer una prueba del ingreso familiar cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingreso

Si presentó declaración federal de ingresos, debe enviar una copia de:

- a. Declaración federal de Ingresos (Formulario 1040) del año más reciente. Debe incluir todas las formas tal como se envían al Departamento de Hacienda;

Si no presentó una declaración federal de ingresos proporcione lo siguiente:

- a. Dos (2) talones de nomina recientes; y
- b. Una carta que explique por qué no presentó una declaración federal de ingresos.

Si no tiene ingresos, presente una carta que explique cual es su sustento para usted y a su familia.

4. Su solicitud no puede ser procesada hasta que toda la información solicitada sea proporcionada.
5. Es importante que complete y presente la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos requeridos antes de catorce (14) días.
6. Usted debe firmar y colocar la fecha en la solicitud. Si el paciente / garante y el cónyuge proveen información, ambos deben firmar la solicitud.
7. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro representante de cuenta.
8. Envíe o devuelva su solicitud completa a:

Salinas Valley Memorial Hospital
Departamento De Servicios Financieros Para El Paciente
3 Rossi Circle, Suite C
Salinas, CA 93907
(831) 755-0732 • Toll Free (888) 755-7864

INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO	
Empleador Paciente / Garanter	Cargo
Persona de contacto / Supervisor	Teléfono
Empleador Cónyuge	Cargo
Persona de contacto / Supervisor	Teléfono

INGRESO FAMILIAR		
	Paciente/ Garante	Cónyuge
1. Salario anual en Brutor (antes de las deducciones)		
2. Ingreso anual de empleo independiente		
3. Otros Ingresos:		
3. Intereses & Dividendos		
4. Alquileres y Arrendamientos de Inmuebles		
5. Ingresos de retiro del departamento de Seguro Social		
6. Pensión Alimentaria		
7. Manutención de hijos		
8. Desempleo / discapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las demás fuentes (adjunte lista)		
INGRESO TOTAL (agregar líneas 1 - 10 anterior)		

GASTOS INUSUALES	
Proporcione la información sobre cualquier gasto inusual, como facturas médicas, ban- carrota, sentencias del tribunal o pagos de acuerdos (adjunte lista según sea necesario).	
Descripción	Importe

Al firmar yo/nosotros declaramos que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi/nuestro mayor conocimiento. Yo/nosotros autorizo/autorizamos al Hospital Salinas Valley Memorial a verificar toda la información indicada en esta solicitud. Concedemos expresamente permiso para comunicarse con mi/nuestro empleador

Firma del Paciente / Garante

Firma del Cónyuge

Fecha

Fecha



450 East Romie Lane, Salinas, CA 93901
(831) 757-4333 • Toll free (888) 755-7864 • www.svmh.com