



Tri-City Medical Center

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Proporcionado de acuerdo con Cal. Código de salud y seguridad
§127425(e)(5)

Fecha de aplicación:	Fecha de Servicio:
Nombre del Paciente:	Número de cuenta:
Dirección:	Número de teléfono:
Ciudad, Estado, y código postal:	Fecha de nacimiento del paciente:

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario por favor llame al 760-940-5912.

- 1) El paciente era residente de California en el momento del servicio? Si No
- 2) Tenía el paciente seguro médico al momento del servicio? Si No
- 3) Tenía el paciente cobertura de Medical activa al momento del servicio? Si No

****Si respondió si a las preguntas 2 o 3, adjunte una copia de su tarjeta de seguro o de Medical a esta solicitud.**

INGRESO:

- Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquileres, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública, dividendos e intereses, etc.
- "Familia" se define de la siguiente manera: (i) para personas de 18 años de edad o más, familia significa cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no; y para las personas menores de 18 años, familia significa los padres, cuidadores, parientes y otros niños menores de 21 años del padre o pariente a cargo. Si el paciente es menor de edad, la "familia" se define como el paciente, los padres biológicos o adoptivos del paciente y los demás hijos de los padres (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 de 3 meses antes de la fecha de servicio	Ingresos por 12 meses antes de la fecha de servicio

**** Adjunte información adicional sobre miembros de la familia si corresponde.**

- Se debe proporcionar comprobante de ingresos en el momento de la solicitud (p. Ej., Talones de pago de tres meses, declaración de impuestos más reciente (formulario 1040 del IRS), etc.).
- Si declara un ingreso de \$ 0, proporcione una declaración por escrito de cómo usted (o el paciente) está sobreviviendo económicamente incluyendo quién proporciona comida, refugio, transporte, etc. y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.

GASTOS MENSUALES:		BIENES:	
Alquiler / hipoteca mensual		Esta información se puede utilizar si sus ingresos superan el 200% de las pautas del Nivel de pobreza federal para determinar si puede ser elegible para recibir atención con descuento.	
	\$	Cuenta de cheques	\$
Utilidades	\$	Cuenta de ahorros	\$
Pago del coche	\$	Propiedad empresarial	\$
Gastos médicos	\$	Acciones y bonos	\$
Primas de seguros (vida, hogar, automóvil, médica)	\$	Bienes raíces (excluida la residencia principal)	\$
Ropa, comestibles, artículos para el hogar	\$		
Otras deudas/gastos (por ejemplo, manutención infantil, préstamos, otros)	\$		

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

Firma del aplicante

Fecha

Envíe la solicitud completa a:

TRI-CITY MEDICAL CENTER
ATTENTION PATIENT ACCOUNTING/CSR
4002 VISTA WAY
OCEANSIDE CA 92056