

Redlands Community Hospital
Solicitud de Asistencia Financiera

1. Complete *todas las* secciones del formulario de solicitud adjunto. Si alguna sección no aplica a su caso, escriba N/A en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder alguna pregunta.
3. *Debe* proporcionar un comprobante de identificación. (Solo una persona de la familia tiene que proporcionar un documento de identificación). Los siguientes documentos se aceptan como prueba:
 - Licencia de conducir de California
 - Tarjeta de identificación emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados
 - Documentos de ciudadanía estadounidense o de extranjero residente (pasaporte)
 - Tarjeta del Seguro Social o documento que contenga un número del Seguro Social
4. *Debe* proporcionar un comprobante de ingresos cuando presente esta solicitud. Debe presentar los siguientes documentos:
 - Declaración de impuestos (A-1)
 - Los dos comprobantes de pago más recientes. (Si el comprobante de pago no está disponible, obtenga un estado de cuenta firmado de su empleador. El ingreso bruto mensual y las fechas de pago deben estar en el estado de cuenta).

(A-1) Si presentó una declaración del impuesto sobre la renta federal, debe enviar una copia de:

 - Declaración del impuesto sobre la renta federal (Formulario I040) del año más reciente. Debe incluir todas las declaraciones y adjuntos como los presentó al Servicio de Rentas Internas;
 - El formulario federal W-2 que muestre sus salarios e ingresos;

Si no presentó una declaración del impuesto sobre la renta federal, proporcione lo siguiente:

 - a. Los dos (2) comprobantes de pago más recientes; y
 - b. Los dos (2) recibos de pago más recientes de cualquier pago del Seguro Social, pago por desempleo, discapacidad, manutención infantil, pensión alimenticia u otros pagos;
 - c. Los dos (2) estados de cuenta bancarios más recientes.
 - d. Si solo le pagan en efectivo, proporcione una declaración por escrito explicando las fuentes de sus ingresos;
 - e. Una carta que explique por qué usted no presenta una declaración del impuesto sobre la renta federal.

Si no tiene ningún ingreso, proporcione una carta que explique cómo se mantiene usted o a su familia y quién cubre sus gastos. Si alguien más está a cargo de sus gastos, esa persona deberá escribir una carta de apoyo.
5. Su solicitud no se puede procesar hasta que proporcione *toda* la información requerida.
6. Es importante que complete y presente la solicitud junto con todos los documentos adjuntos necesarios en un plazo de treinta (30) días.
7. *Debe* firmar y colocar la fecha en la solicitud.
8. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al (909) 335-5534 ext: 5580

9. Envíe su solicitud completa a:

Redlands Community Hospital
Business Office
Po Box 1051 8
San Bernardino, Ca 92423

Instrucciones de la solicitud

(SECCIÓN 1)

Proporcione información sobre el paciente que está interesado en recibir asistencia financiera.

Preguntas 1-2:

¿Tiene usted seguro? Responda sí o no. Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la compañía aseguradora.

Pregunta 3:

Si esta consulta se debe a un accidente, responda "sí"; de lo contrario responda "no".

Preguntas 4-11:

Escriba el nombre, la dirección de domicilio y los números de teléfono de las personas que están interesadas en recibir asistencia financiera.

Preguntas 12-16:

Escriba el número de teléfono y la dirección postal (si es diferente a la dirección del domicilio proporcionada en el inciso 2) de la persona que desea recibir asistencia financiera. Esta es la dirección a donde se enviará toda la información relacionada con la solicitud.

(SECCIÓN 2)

Proporcione información sobre la persona que se indica en la Sección 1, acerca de su familia o sus dependientes.

¿Quién cuenta como adulto?

- Personas de 21 años de edad o mayores
- Las personas menores de 21 años de edad que no viven en la casa de sus padres o del familiar encargado del cuidado no se consideran dependientes a incluir en la declaración de impuestos

¿Quién cuenta como dependiente?

- Todos los hijos naturales y adoptivos menores de 21 años que vivan en la casa.
- Cualquier miembro de familia mayor de 21 años que se pueda incluir como dependiente en la declaración de impuestos.

Pregunta 17:

Escriba el apellido, el primer nombre y el segundo nombre de cada persona que vive en la casa.

Pregunta 18:

¿Qué relación tiene cada persona con la persona de la Sección 1? Ejemplo: él mismo, esposa, esposo, abuelos, amigo, hija, hijastro, sobrino, etc.

Pregunta 19:

Escriba la dirección completa, si es diferente a la dirección de la Sección 1. Ejemplo: el hijo está en la universidad y vive ahí.

Pregunta 20:

Escriba el número de Seguro Social de las personas mayores de 21 años.

Pregunta 21:

Indique el estado civil de cada persona enumerada.

Pregunta 22:

Escriba el mes, el día y el año de nacimiento de cada persona.

(SECCIÓN 3)

Indique *TODOS* los ingresos/dinero que recibe la persona indicada en la Sección 2.

Preguntas 23 y 24:

Utilice una línea separada para cada persona que recibe dinero. Si una persona recibe dinero de dos lugares diferentes, utilice dos líneas.

Ejemplo: si el solicitante tiene dos trabajos, use una línea para cada trabajo para reportar sus ingresos.

Pregunta 25: Escriba la cantidad de dinero que recibe cada vez.

Ejemplo: si recibe dinero una vez a la semana, escriba las cantidades semanales en el cuadro.

Si la cantidad de dinero que recibe cambia de vez en cuando, escriba la cantidad promedio que recibe regularmente. Utilizamos los comprobantes de pago u otros documentos que usted nos brinda para determinar el ingreso mensual correcto.

Pregunta 26: ¿Con qué frecuencia recibe este dinero?

Ejemplo: Mensualmente (una vez al mes); semanalmente (una vez a la semana); bisemanal (cada dos semanas); bimensual (cada dos meses); o diariamente (cada día).

Se necesita firma y certificación. Su firma en esta sección indica que sus declaraciones y respuestas son verídicas y que los documentos que presenta son auténticos y correctos.

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Escriba claramente en letra de molde. Utilice solo tinta de color negro o azul. N.º de cuenta _____

(SECCIÓN 1) Proporcione información sobre el paciente que está interesado en recibir asistencia financiera

1) ¿TIENE USTED SEGURO?	2) SI ES ASÍ, NOMBRE DEL SEGURO:	3) ¿ESTA VISITA ES POR UN ACCIDENTE?	
4) APELLIDO NOMBRE	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO	
5) DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (NÚMERO Y CALLE). NO INCLUYA UN APARTADO POSTAL A MENOS QUE SEA UNA PERSONA SIN HOGAR	6) NÚMERO DE APARTAMENTO	7) TELÉFONO DEL DOMICILIO ()	
8) CIUDAD/ESTADO	9) CONDADO	10) CÓDIGO POSTAL	11) TELÉFONO DEL TRABAJO ()
12) DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR) O P.O. BOX	13) NUMERO DE APARTAMENTO	14) N.º TELÉFONO PARA MENSAJES ()	
15) CIUDAD			16) CÓDIGO POSTAL

(SECCIÓN 2) Proporcione información sobre la persona que se indica en la Sección 1, acerca de su familia o sus dependientes.

	Adulto 1/él/ella mismo/a	Adulto 2	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
17) Nombre:	Apellido				
	Nombre				
	Segundo nombre				
18) Relación con la persona de la Sección 1.					
19) Si la dirección donde vive no es la misma de la Sección 1, indique la dirección del domicilio:					
20) N.º de Seguro Social					
21) Estado civil:					
22) Fecha de nacimiento:	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO

(SECCIÓN 3) Indique *TODOS* los ingresos/el dinero que reciben las personas enumeradas en la Sección 2.

23) NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS/DINERO	24) FUENTE DE LOS INGRESOS/ EL DINERO (Empleo, Seguro Social)	25) CUÁNTOS INGRESOS/DINERO RECIBE	26) CON QUÉ RECUENCIARECIBE INGRESOS/DINERO (Cada mes, cada dosmeses, cada semana, cada dos semanas, a diario)

Por este medio certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta y verdadera según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha