

Hospital Comunitario de Redlands Asistencia financiera

1. Por favor, complete todas las secciones del formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no te afecta, escribe N/A en el espacio proporcionado.
2. Adjunta una página adicional si necesitas más espacio para responder a alguna pregunta.
3. Debes aportar prueba de identidad. (Solo una persona de la familia necesita aportar un documento de identidad).

Se aceptan los siguientes documentos como prueba:

- Permiso de conducir de California
 - Tarjeta de identificación emitida por el Departamento de Vehículos a Motor
 - Documentos de ciudadanía estadounidense o estatus de extranjero (pasaporte)
 - Tarjeta o documento de la Seguridad Social que contenga un número de la Seguridad Social
4. Proporciona prueba de ingresos al presentar la solicitud adjunta. Los siguientes documentos son aceptados:
 - Declaraciones recientes son declaraciones que documentan los ingresos del paciente del año en que se le facturó por primera vez o 12 meses antes de que se le facturara por primera vez)
 - o;
 - Dos recibos de nómina más recientes (los recibos de nómina recientes son recibos de nómina dentro de un periodo de 6 meses antes o después de que el paciente sea facturado por primera vez)

El Hospital Comunitario de Redlands puede aceptar otras formas de documentación de ingresos.

5. Tu solicitud no puede ser procesada hasta que se proporcione toda la información requerida.
6. Es importante que completes y envíes la solicitud adjunta junto con todos los documentos requeridos.
7. Debes firmar y fechar la solicitud.
8. Si tiene alguna pregunta, llame al (909) 335-5534, extensión 5580
9. No presentar toda la documentación requerida con la solicitud resultará en una solicitud incompleta.

Envía tu solicitud completa:

Por correo:

Redlands Community Hospital
Attn: Business Office
350 Terracina Blvd
Redlands, Ca 92373

En persona:

Redlands Community Hospital
Cashier Office
350 Terracina Blvd
Redlands, Ca 92373

Fax:

909-307-5057

Correo electrónico:

RCHFIS@redlandshospital.org

*El proceso de solicitud dura aproximadamente 45 días desde la fecha en que se recibe la solicitud.

Para asistencia en otros idiomas o para acceder a este documento en formatos alternativos, por favor visite: <https://www.redlandshospital.org/patient-visitors/for-patients/insurance-billing/financial-assistance-policy-fap-help-paying-your/language-tagline/>

Solicitud de Asistencia Financiera

(Sección 1) Cuéntanos sobre el paciente interesado en la Asistencia Financiera

- 1) Número de cuenta(s): _____
- 2) Nombre del paciente: _____
- 3) Dirección de domicilio: _____
- 4) Teléfono fijo #: _____ Teléfono de trabajo #: _____
- 5) ¿Esta visita fue por un accidente? ☐ Sí o ☐ No
- 6) ¿Tienes seguro? ☐ Sí o ☐ No
- Si es así, nombre del seguro: _____

(Sección 2) Dependientes (incluyen cónyuge, hijos menores de 18 años y todos los demás declarados en tu declaración de la renta)

Nombre: (Nombre, segundo y apellido si son diferentes al del paciente)	Fecha de Nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Sección 3) Enumera TODOS los ingresos/dinero recibidos por las personas listadas en las Secciones 1 y 2.

Empleo/Fuente de ingresos (paciente/parte responsable)

Nombre del empleador: _____	
Tarifa por hora: \$ _____	Horas trabajadas por semana: _____
Bruto actual: ingresos semanales, mensuales o anuales (antes de impuestos) \$ _____	
Si estás desempleado, fecha en que trabajaste por última vez: _____	

Empleo/Fuente de ingresos del cónyuge

Nombre del empleador: _____	
Tarifa por hora: \$ _____	Horas trabajadas por semana: _____
Bruto actual: ingresos semanales, mensuales o anuales (antes de impuestos) \$ _____	
Si estás desempleado, fecha en que trabajaste por última vez: _____	

Por la presente reconozco que la información mencionada anteriormente es cierta según mi mejor conocimiento y creencia, y que los documentos son verdaderos y correctos.

Firma: _____ Fecha: _____