

**Sistema de Salud de Saint Joseph**  
**Solicitud para ayuda financiera**

---

**INSTRUCCIONES**

**Numero de Cuenta:** \_\_\_\_\_

1. Por favor complete *toda* la información que se le pide en la solicitud adjunta. Si encuentra una sección o pregunta que no le corresponde, por favor escriba N/A (No Aplica) en el espacio en blanco de tal sección o pregunta.
2. Agregue una página adicional si necesita más espacio para responder cualquier pregunta.
3. Usted *tiene* que mostrar una prueba de sus ingresos cuando entregue esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingresos:

**Si ha hecho los impuestos federales (income tax), usted tiene que entregarnos una copia de:**

- a. Declaración de impuestos federales (Formulario 1040) del año más reciente. Usted tiene que incluir todos los formularios y documentos adjuntos que sometió al *Internal Revenue Service*;

**Si usted no ha hecho sus impuestos federales, por favor entréguenos lo siguiente:**

- a. Los dos (2) recibos o talonarios de sus cheques de sueldo más recientes;
- b. Una carta donde usted explique por que no ha hecho los impuestos federales.

**Si usted no tiene ningún ingreso, por favor entréguenos una carta donde usted explique cómo se sostienen económicamente usted/su familia.**

4. Su solicitud no puede ser procesada hasta que *toda* la información requerida sea entregada.
5. Es importante que usted complete, firme y entregue la solicitud para ayuda financiera con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de catorce (14) días.
6. Usted tiene que firmar y fechar la solicitud. Si el paciente/ garante del paciente y su esposa/o nos dan la información para la solicitud, ambos tienen que firmarla.
7. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame al representante de su cuenta.
8. Envíe su solicitud completa a:  
St. Joseph Hospital  
Patient Financial Services  
505 S. Main Street, Ste. 600  
Orange, CA 92868

**Sistema de Salud de Saint Joseph  
Solicitud para ayuda financiera**

**NUMERO DE CUENTA:** \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DEL PACIENTE/ GARANTE</b>		<b>NOMBRE DEL ESPOSO/A</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>		<b>TELÉFONO</b>	
		Casa	
		Trabajo	
<b>NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL</b>			
<b>Paciente/Garante</b>		<b>ESPOSO/A</b>	

**ESTADO DE LA FAMILIA**

Haga una lista de todas las personas que dependen de usted económicamente (Hay espacio adicional en la página 4)

Nombre	Edad	Parentesco

**ESTADO LABORAL**

<b>Empleador del paciente o tutor</b>	<b>Posición</b>
<b>Persona a contactar</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Empleador del esposo/a</b>	<b>Posición</b>
<b>Persona a contactar</b>	<b>Teléfono</b>

INGRESOS		
	Paciente/Garante	Esposa/o
1. Sueldo y salario bruto (antes de deducciones)		
2. Ingreso de trabajos por su cuenta		
3. Otro Ingreso:		
3. Interés y dividendos		
4. Alquiler de bienes raíces y alquileres		
5. Seguro Social		
6. Pensión por divorcio o separación		
7. Manutención		
8. Seguro por desempleo o incapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las demás fuentes de ingresos (adjuntar una lista)		
Ingreso total (añadir las líneas del 1 al 10 de arriba)		

GASTOS INESPERADOS	
Por favor dénos información sobre cualquier gasto inesperado tal como cuentas médicas, bancarrota, ordenes judiciales o pagos para solucionar disputas (adjuntar una lista si es necesario).	
Descripción	Cantidad

Al firmar a continuación, yo declaro/nosotros declaramos que toda la información entregada es verdadera y correcta lo más posible de acuerdo a lo que yo se/ nosotros sabemos. Yo autorizo/nosotros autorizamos al St. Joseph Hospital que verifique cualquier información que aparece en esta solicitud. Nosotros expresamente damos autorización para que contacten a mi empleador/nuestros empleadores.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Garante

\_\_\_\_\_  
Firma del esposo/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Declaración de la misión del Sistema de Salud de St. Joseph: “Expandir el ministerio de salud católico de las hermanas de St. Joseph of Orange, al mejorar continuamente la salud y la calidad de vida de las personas en las comunidades que servimos”.**

*Dignidad • Servicio • Excelencia • Justicia*

*NOTES:*