

INSTRUCCIONES

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*;
- b. Formulario federal W-2 que muestra su sueldo e ingresos;

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. Los dos (2) recibos o talonarios de sus cheques más recientes del Seguro Social (Social Security), pagos para la manutención de sus hijos (child support), seguro de desempleo, por incapacidad, pensión u otros pagos;
- c. Dos (2) estados de cuenta bancaria de dos meses seguidos;
- d. Si a usted le pagan en dinero en efectivo (cash), por favor entréguenos una declaración por escrito en la cual explique de dónde provienen sus ingresos.

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:
**Saint Joseph Hospital - Orange
Patient Financial Services Department
505 S. Main St., Suite 600
Orange, California 92868**

St. Joseph Health System
Solicitud de Asistencia Financiera

Número de Cuenta	
Nombre del Paciente/Garante	
Nombre del Esposo/a	
Dirección (Calle)	
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)	
Teléfono – Casa	()
Teléfono – Trabajo	()
Teléfono - Celular	()
Numero del Seguro Social – Paciente/Garante	
Numero del Seguro Social – Esposo/a	

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

	Paciente/Garante	Esposo/a
Empleador		
Posición		
Persona a contactar		
Teléfono	()	()

St. Joseph Health System
Solicitud de Asistencia Financiera

Ingresos Anuales

	Paciente/Garante	Esposo/a	Total
1. Salario y sueldo bruto			
2. Ingreso de empleo autónomo			
3. Intereses y dividendos			
4. Alquileres y rentas de bienes raíces			
5. Seguro Social			
6. Pensión alimenticia			
7. Manutención de hijos			
8. Beneficio por desempleo y discapacidad			
9. Asistencia pública			
10. Todas las demás fuentes de ingresos (adjuntar una lista)			
Ingreso Total (añadir las líneas 1-10)			

Activos Monetarios que Califican

	Paciente/Garante	Esposo/a	Total
1. Balance de cuenta(s) corriente			
2. Balance de cuenta(s) de ahorros			
3. Valor de certificados de depósito, acciones y bonos			
4. Otro _____			
5. Otro _____			
Activos Monetarios Total (añadir las líneas 1-5)			

Gastos Inesperados

Por favor dénos información sobre cualquier gasto inesperado tal como cuentas médicas, órdenes judiciales o pagos para solucionar disputas (se dispone de espacio adicional en la pagina 4 – 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 Saint Joseph Hospital que verifique cualquier información que aparece en esta solicitud. Nosotros expresamente damos autorización para que contacten a mi empleador/nuestros empleadores, instituciones bancarias y de préstamo, y para que chequeen nuestro historial de crédito.

<p>_____</p> <p>Firma del Paciente/Garante</p>	<p>_____</p> <p>Firma del esposo/a</p>
<p>_____</p> <p>Fecha</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>

St. Joseph Health System
Solicitud de Asistencia Financiera

Declaración de la misión del St. Joseph Health System: “Siguiendo la tradición de las hermanas de San Jose de Orange promovemos el ministerio curativo de Jesús continuamente mejorando la salud y la calidad de vida de las personas en las comunidades donde servimos.”

Dignidad • Servicio • Excelencia • Justicia