



INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

TENGA EN CUENTA: este formulario no es una solicitud para el programa Medi-Cal de California

CHOC requiere la solicitud adjunta y los documentos de respaldo que se indican a continuación para evaluar adecuadamente su solicitud de una posible reducción de los gastos hospitalarios/médicos incurridos en CHOC en Orange, CHOC en Mission Hospital, clínicas de CHOC o ubicaciones de atención primaria de CHOC.

Llene todas las secciones de la solicitud. Los documentos indicados como obligatorios deben estar incluidos en su solicitud. Se le devolverán las solicitudes a las que les falte información o que se envíen sin los documentos de respaldo obligatorios.

ATENCIÓN: LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SON OBLIGATORIOS.

Estos documentos se deben enviar junto con su solicitud de asistencia financiera.

Los dos (2) recibos de sueldo más recientes

Declaraciones de impuestos federales sobre la renta del año anterior

Proporcione documentación que respalde las siguientes fuentes de otros ingresos, lo que incluye:

Ingresos de la empresa (trabaja por cuenta propia)

Ingresos por alquiler

Manutención infantil

Pensión alimenticia

Seguro Social

Beneficios por desempleo

Indemnización por accidente laboral

Asistencia social / AFDC

Si no tiene ingresos o documentos que comprueben sus ingresos, proporcione una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo o a su familia.

Envíe un correo electrónico a FinancialAssistance@choc.org para obtener un enlace de correo electrónico seguro para enviar su solicitud y documentos de respaldo.

La solicitud llena también se puede enviar por correo postal a:

CHOC

CHOC Family Payment Center

1201 W. La Veta Ave

Orange, California 92868-3874

Las pautas federales de pobreza publicadas actuales se usan para determinar si reúne las condiciones para la reducción. La política de asistencia financiera de CHOC Children's está disponible si la solicita. Si necesita comunicarse con el hospital con respecto a su solicitud, llame al Centro de recursos financieros familiares de CHOC al 714-509-8600.

Gracias por elegir CHOC para las necesidades de atención médica de su familia.

Información del paciente

Nombre del paciente:		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Número de cuenta:
Fecha de nacimiento del paciente:		Fecha(s) de servicio:
Nombre del garante:		
Dirección:		
¿El paciente tiene seguro médico?		Sí No
¿El paciente ha solicitado Medi-Cal o CCS?		Sí No
Número de miembros de la familia / Dependientes según el impuesto sobre la renta presentado: (Incluya a todos los niños menores de 21 años)		Edades de los miembros de la familia:

Información de ingresos

Información del padre/madre/garante	Información del empleador	Ingreso mensual (ANTES de impuestos)
Nombre del padre/madre n.º 1	Nombre del empleador:	
		\$
Nombre del padre/madre n.º 2:	Nombre del empleador:	
		\$
Otros ingresos:	Fuente de ingresos:	
		\$
		\$

Ingreso anual: \$

Al firmar este formulario, acepto permitir que CHOC verifique el historial laboral y crediticio con el fin de determinar si reúno las condiciones para un descuento financiero. Entiendo que debo proporcionar los documentos indicados en las Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera. Certifico que lo anterior es verdadero y correcto y que se declaran todos los ingresos.

Entiendo que esta información se proporciona para determinar una posible asistencia financiera por los servicios prestados en CHOC, la información en la solicitud está sujeta a verificación y la tergiversación deliberada de la información puede resultar en una denegación.

Firma:	Fecha:
Nombre:	N.º del contacto:
Correo electrónico:	