



Estimados padres,

Quisiéramos agradecerle por su reciente visita a la clínica de Children's Hospital of Orange County Primary Care Clinics. Es nuestro deseo de proporcionar el mejor cuidado a su niño(a), y convertirnos en su socio de cuidado médico.

Notamos durante su reciente visita que usted no tenía seguro de cuidado médico. Si usted no tiene cobertura de seguro, podría calificar para un plan patrocinado por el gobierno de la salud como Medi-Cal o Healthy Families. Puede que usted también califique para ayuda financiera con nuestro programa de CHOC Financial Assistance Program. Si usted desea aplicar, favor de completar la aplicación adjunta, añada la documentación requerida y luego regreselos a la clínica donde su niño(a) fue atendido en el plazo de 15 días. Usted puede también mandar esta aplicación y copias de la verificación de sus ingresos a:

CHOC Primary Care Business Services  
455 South Main St.  
Orange, CA 92868-3874

Las siguientes pruebas de ingreso justificando su testamento en la aplicación tienen que ser incluidos para la evaluación y posibilidad de obtener una reducción de los costos clínicos proporcionados por CHOC. Favor de llenar todas las secciones de la aplicación y proporcione una **una copia** que compruebe sus ingresos como estan enumerados abajo:

- Talones de cheques por un mes
- Declaración de empleo acerca de sus ingresos mensuales
- Copia de sus Impuestos del año anterior.
- Carta de desempleo/Talon

Cuando la prueba de sus ingresos sea verifica, su elegibilidad para la ayuda financiera será basada sobre pautas federales del nivel de pobreza. Le enviaremos una copia de su aprobación en el plazo de una semana de la sumisión. La aprobación para la ayuda financiera de las visitas de la clínica de su niño será válida por seis meses a partir de la fecha de la aprobación.

Si usted tiene preguntas en referencia a nuestra Aplicación de Ayuda Financiera por favor llame a la oficina CHOC Business Office al 714-289-4825.

Gracias,

Carol Schoger, RN, BC  
Manager CHOC Primary Care Business Services

Fecha de hoy:

Nombre del paciente:		
Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento del paciente:	Número de registro médico:	
Nombre del garante:		
Dirección:		
Ciudad:	Condado:	
Número de teléfono:	Hogar <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
¿El paciente tiene seguro médico?	Si	No
¿El paciente ha solicitado Medi-Cal or Healthy Families u otro programa?	Si	No
Número total de los miembros de la familia: (Incluya a los padres y todos los niños de 21 años de edad y menores)	Edades de los niños de la familia:	

Copias de una de las siguientes pruebas de ingreso tiene que ser incluida para la evaluación y posibilidad de obtener una reducción de los costos clínicos proporcionados por CHOC.

- Talones de cheques por un mes
- Declaración de empleo acerca de sus ingresos mensuales
- Copia de sus Impuestos del año anterior.
- Carta de desempleo/Talon

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Además, he solicitado o aplicaré por cualquier ayuda (Medi-Cal, Healthy Families, aseguranza medica, etc.) disponible para el pago de servicios médicos. Tomaré las acciones necesarias y razonables para obtener tal ayuda.

Entiendo que este formulario es un instrumento para que evaluen mi elegibilidad para los servicios del programa de Ayuda Financiera válido por seis meses a partir de esta fecha. También entiendo que el hospital verificará la información cuál puede incluir la obtención de un informe de crédito. Si la información que he dado demuestra ser falsa, o si fallo conformarme con el proceso de Medi-Cal, Healthy Families u otros programas identificados esto puede resultar en no ser considerado para el Programa de Ayuda Financiera.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_