



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA
INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA APLICACIÓN DE
CUIDADO NO-COMPENSADO DE CARIDAD

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta(s): _____

Balance total: \$ _____

En respuesta a su pedido de ayuda financiera acerca de la cuenta mencionada arriba, por favor envíe los siguientes documentos a más tardar 10 días después de la fecha de esta carta.

Es importante que su aplicación esté completa y que ofrezca toda la información requerida, para poder determinar si usted puede pagar parte o toda la factura por los servicios del hospital. Si usted necesita más tiempo para reunir los documentos requeridos, por favor llame a nuestra oficina durante los 10 días después de la fecha de esta carta para explicar su situación. Si usted no envía los documentos requeridos o no llama, su cuenta será considerada delinciente y usted será responsable por el saldo del balance.

- **La aplicación completa de Cuidado No-Compensado de Caridad** (incluida con esta carta).
- **Copia de la carta de negación formal de Medi-Cal.**
Si la negación formal de Medi-Cal ocurrió hace más de 3 meses o si usted no tiene la carta de negación formal, por favor llame a su Abogado Financiero para recibir instrucciones adicionales.
- **Prueba de ingresos por los últimos 3 meses**
Esto incluye: Copias de los talonarios de cheques de trabajo por los últimos 3 meses y talonarios de cheques de seguro social, desempleo o incapacidad. Si usted recibe cualquier ingreso en efectivo, por favor envíe una carta de su trabajo notificando sus ingresos. Esta declaración debe incluir la cantidad y la frecuencia del pago.
Si usted no está recibiendo actualmente ningún ingreso, por favor escriba un párrafo en una hoja de papel explicando su situación financiera actual. Por favor incluya la fecha y su firma. Si usted recibe ayuda financiera o vive con algún familiar, por favor pida a esta persona que escriba una nota explicando la situación.
- **Verificación de pagos de renta o pagos de hipoteca.**
- **Copias de sus estados de cuenta de banco del mes anterior.**
Esto incluye: Cuentas de ahorro, de cheques, IRA, cuentas de mercado monetario, etc.
- **Copias de su solicitud de impuestos del año pasado** (Forma 1040 completa y firmada.)

Por favor envíe copias de los documentos solicitados ya que estos no serán devueltos a usted.

To apply in person please visit:

**5855 Olivas Park Drive
Ventura, CA 93003**

**Business Hours
Mon – Fri 8:00AM – 4:00PM**

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **805-652-5632**

FOR HOSPITAL USE ONLY/ PARA USO DEL HOSPITAL SOLAMENTE

HTP RESULTS

**PROPENSITY TO PAY: () HIGH INCOME/HIGH CREDIT
() LOW INCOME/HIGH CREDIT
() HIGH INCOME/LOW CREDIT
() LOW INCOME/LOW CREDIT**

PREDICTED ANNUAL INCOME: \$ _____

MEDICAL CREDIT SCORE: _____

ADDITIONAL COMMENTS:



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

5855 Olivas Park Drive
Ventura, CA 93003
Business Hours
Mon – Fri 8:00AM – 4:00 PM

SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA
APLICACIÓN DE
CUIDADO NO-COMPENSADO DE CARIDAD

Patient Name: _____
Nombre Del Paciente

Patient Account Number(s): _____
Número de Cuenta(s)

Guarantor Name: _____
Nombre de la Persona Responsable

Date of Birth: _____ Social Security Number: ____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

Phone Number: () _____ Other Number: () _____
Número de Teléfono Otro Número

Address: _____
Dirección

City, State, Zip: _____
Ciudad, Estado, Código Postal

Spouse Name: _____ Social Security Number: ____ - ____ - ____
Nombre de Esposo(a) Número de Seguro Social

Are you a U.S. Citizen? ___ Yes/Si ___ No If not, a resident alien? ___ Yes/Si ___ No
¿Es usted un Ciudadano Americano? Si no, ¿Es usted un extranjero residente?

Your Medi Cal application is: ___ Pending/Pendiente ___ Approved/Aprobada
Su aplicación de Medi Cal es ___ Denied/Negada

Family Status / Estado Familiar: List all dependents that you support. / Liste todos sus dependientes:

Name/Nombre	Age/Edad	Relationship/Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Employment and Occupation / Empleador y Ocupación

Employer: _____ Occupation: _____
Empleador Ocupación

If self employed name of Business: _____
Si usted tiene negocio propio, escriba el nombre del Negocio

Address: _____
Dirección

Phone Number: () _____ How long employed? _____
Número de Teléfono Años con esta compañía

Spouse Employer: _____ Occupation: _____
Empleador de Esposo(a) Ocupación

Address: _____
Dirección

Phone Number: () _____ How long employed? _____
Número de Teléfono Años con esta compañía

STATEMENT OF CURRENT INCOME
Declaración de Ingresos Actuales

<u>Current Monthly Income:</u> <u>Ingreso Mensual Actual</u>	<u>Patient</u> <u>Paciente</u>	<u>Spouse</u> <u>Esposo(a)</u>
Gross pay Pago bruto	\$ _____	\$ _____
Income from self employment Los ingresos de su propio negocio	\$ _____	\$ _____
Interest and Dividends Intereses y Dividendos	\$ _____	\$ _____
Income from Real Estate Ingresos de bienes raíces	\$ _____	\$ _____
Social Security/Retirement Seguro Social/Jubilación	\$ _____	\$ _____
Unemployment/Disability Desempleo/Incapacidad	\$ _____	\$ _____
Other Income Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
Total Monthly Income Ingreso Total Mensual	\$ _____	\$ _____

STATEMENT OF CURRENT EXPENSES

Declaración de Gastos Actuales

<u>Current Monthly Expenses:</u> <u>Gastos Mensuales Actuales</u>	<u>Patient</u> <u>Paciente</u>	<u>Spouse</u> <u>Espos(a)</u>
Rent or House Payment Gastos de Alquiler o de Hipoteca	\$ _____	\$ _____
Real Estate Taxes Impuestos sobre Bienes Raíces	\$ _____	\$ _____
Utilities Gastos de Utilidades (agua, gas, luz)	\$ _____	\$ _____
Alimony, support payments Pagos de "Child Support" o Alimonia	\$ _____	\$ _____
Education Gastos de Educación	\$ _____	\$ _____
Food Gastos de Comida	\$ _____	\$ _____
Payroll Deductions Deducciones de trabajo	\$ _____	\$ _____
Medical, Dental, Prescriptions Gastos de Seguro Médico, Dental o de Medicinas	\$ _____	\$ _____
Other _____ Otros Gastos	\$ _____	\$ _____
Total Monthly Expenses Gastos Totales Mensuales	\$ _____	\$ _____
Income after Expenses Los ingresos después de Gastos	\$ _____	\$ _____

Al firmar esta aplicación, yo autorizo a Community Memorial Health System a contactar a mi empleador, banco u otros recursos, así como solicitar mi historial de crédito, para determinar mi elegibilidad para ayuda financiera de Cuidado de la Caridad. Entiendo que si yo no califico para servicios bajo las pautas del Cuidado de la Caridad, seré personalmente responsable de los cargos totales de los servicios rendidos. Atestigo que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y exacta. Si se determina que cualquier información proporcionada en estas formas es falsa, yo entiendo que mi elegibilidad para ayuda financiera de Cuidado de la Caridad será negada.

Entiendo también que esta aplicación es para los cargos de Community Memorial Health System. Todos los gastos de Médico Particular, de Ambulancia, los Servicios de Anestesia,

