



COLLEGE MEDICAL CENTER

Nombre del Paciente:

Numero Financiero del Paciente:

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Los pacientes que soliciten pueden ser elegibles para recibir asistencia benéfica o un pago con descuento.

ASISTENCIA BENÉFICA: 100% de la factura cubierta para aquellos cuyo ingreso familiar es del 200% o menos del Nivel Federal de Pobreza.

PAGO CON DESCUENTO: Una porción de la factura se descontará en una cantidad igual a la tasa de Medicare o Medi-Cal, la que sea mayor, para aquellos cuyo ingreso familiar se encuentra entre el 200% y el 400% del Nivel Federal de Pobreza.

Tabala de Ingresos y Gastos Actuales

Nombre del Paciente _____

Nombre del Esposo(a) _____

Domicilio _____

Telefono _____

Numero de Seguro Social: _____
(Paciente) (Esposo(a))

EMPLEO Y OCUPACION

Empleador _____

Posicion _____

Persona de Contacto _____

Si es negocio propio, cual es el nombre del negocio _____

Empleador de su esposo(a) _____

Posicion _____

Persona de Contacto _____

Si es negocio propio, cual es el nombre del negocio _____



COLLEGE MEDICAL CENTER

Nombre del Paciente:

Numero Financiero del Paciente:

INGRESO MENSUAL ACTUAL

	Paciente	Espos(a)
Salario total del empleo: (Antes de las deducciones)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del negocio operative: (si trabaja por cuenta propia)	\$ _____	\$ _____
Declaracion de impuestos:	\$ _____	\$ _____
Total de ingresos mensuales actuales: (Añadir todas las cifras desde arriba)	\$ _____	\$ _____

DECLARACION JURADA SIN INGRESOS: – Debe colocar sus iniciales en la declaracion a continuacion. Yo, _____, por la presente certifico que no tengo trabajo ni bienes, ni ingresos que no sean posibles donaciones de otros. Iniciales del Padre/Madre/Garante_

Nombre del Paciente:

Numero Financiero del Paciente:

ESTADO FAMILIAR

Lista de todos los dependientes que apoya

Nombre	Edad	Relacion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certifico que la informacion indicada arriba es verdadera y correcta. Autorizo al Hospital College Medical Center a comunicarse con las instituciones del empleador en esta solicitud o con una agencia de informes crediticios para verificar su exactitud. Ademas, autorizo a los empleadores, instituciones y/o agencias de informes crediticios a divulgar dicha informacion a College Medical Center.

(Fecha)

(Firma del Paciente o Garante)

(Fecha)

(Firma del Espos(a))



COLLEGE MEDICAL CENTER

Instrucciones Para la Solicitud de Asistencia Financiera

Si tiene dificultades para pagar sus facturas médicas, puede ser elegible para asistencia financiera a través de College Medical Center (CHLB, LLC). Las personas cuyos ingresos familiares están en o por debajo del 400% del Nivel Federal de Pobreza y que están sin seguro o tienen altos costos médicos pueden calificar para Cuidado de Caridad, Cuidado Descuento o cargos reducidos por servicios. Para determinar su elegibilidad para asistencia financiera, complete esta solicitud y envíe cualquier documentación de apoyo requerida.

Los pacientes cuyo ingreso familiar es un 200% menor del Nivel Federal de Pobreza son elegibles para el Cuidado de Caridad. Los pacientes cuyo ingreso familiar está entre el 200% y el 400% del Nivel Federal de Pobreza son elegibles para Pagos con Descuento.

Además, puede ser elegible para programas gubernamentales como Medi-Cal, que brindan cobertura temporal de Medi-Cal basada en la información auto-reportada por el paciente. Para obtener más detalles, visite el siguiente sitio web

<https://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/presumptive/eligibility/PEprogramslanding.aspx>

Instrucciones para completar la solicitud de Asistencia Financiera:

- 1. Completar la solicitud:** Por favor, complete todos los campos en la solicitud de Caridad o la solicitud de Pago con Descuento. Si alguna sección no le corresponde, escriba "N/A" (No Aplicable) en el espacio correspondiente.
- 2. Pago con Descuento:** La elegibilidad para el Pago con Descuento o cualquier otro servicio que esté reducido pero no sea gratuito se determinará en función de los ingresos de acuerdo con el Nivel de Pobreza Federal. La documentación de ingresos se limita generalmente a recibos de salario recientes o declaraciones de impuestos sobre la renta. Otras formas de documentación de ingresos pueden ser aceptadas, pero no son obligatorias. Los pacientes también deben someterse a un proceso de evaluación para la elegibilidad de Medi-Cal.



COLLEGE MEDICAL CENTER

3. **Cuidado de Caridad:** La elegibilidad para el Cuidado de Caridad se basará en los ingresos según las pautas del Nivel Federal de Pobreza. La documentación requerida de ingresos se limita a recibos de pago recientes o declaraciones de impuestos sobre la renta. Otras formas de documentación de ingresos pueden ser aceptadas pero no son obligatorias. Los pacientes también deben participar en la evaluación de elegibilidad para Medi-Cal.
4. **Fecha Límite de Solicitud:** Bajo la Sección 12740(e)(3) del HSC, la elegibilidad para el Pago Descontado o el Cuidado de Caridad puede ser determinada en cualquier momento. College Medical Center (CHLB, LLC) no impone límites de tiempo para solicitar el Cuidado de Caridad o el Pago Descontado y no negará la elegibilidad basándose en el momento de su solicitud.
5. **Información de contacto:** Para obtener asistencia con la solicitud, comuníquese con el Representante de Cuentas de Pacientes al 562-256-8314 o envíe su solicitud completada a:

*COLLEGE MEDICAL CENTER
PO BOX 16421
LONGBEACH, CA 90806
ATTN: BUSINESS OFFICE*

Si tiene alguna pregunta, comuníquese directamente con la Oficina de Negocios: al 562-256-8314. Gracias de antemano por su cortesía y pronta atención con respecto a este asunto