Nombre del Paciente: Numero Financiero del Paciente:

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Tabla 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

Nombre del Paciente: Numero Financiero del Paciente:

**INGRESO MENSUAL ACTUAL**

 Paciente Esposo(a)

Salario total del empleo $ $

(Antes de las deducciones)

Ingresos del negocio operativo: $ $

(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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BIENES Y DEUDAS**

Proporcione su mejor estimacion del valor de cualquier casa, automovil o bienes similares. Ademas, indique cuanta deuda tiene actualmente.

Bienes:

1. Casa y propiedad : $
2. Automoviles: $
3. Plan de retiro: $

Inversiones/otros (especifique): $

Deudas:

1. Cantidad adeudada en hipotecas: $
2. Cantidad adeudada en automoviles: $
3. Cantidad adeudada en tarjetas de credito: $
4. Otro: $

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 Glendora 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 Hospital.

(Fecha) (Firma del Paciente o Garante)

(Fecha) (Firma del Esposo (a) )

**Instrucciones Para la Solicitud de Asistencia Financiera**

1. Complete todas las areas en el formulario de solicititud adjunto. A. Si alguna area no le aplica a usted, escribe N/A en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una pagina adicional si necesita mas espacio para responder alguna pregunta.
3. Se require comprobante de ingresos cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos son aceptados como prueba de ingresos:
4. Dos (2) talones de cheque de pago mas recientes;
5. Formulario federal W-2 que muestre salarios y ganancias
6. Declaracion de Ingresos Mensuales del Seguro Social
7. Si le pagan solo en efectivo, proporcione una declaracion por escrito que explique sus fuentes de ingresos.
8. Si no tiene ingresos, complete y ponga sus iniciales en la DECLARACION JURADA DE SIN INGRESOS en la pagina 2 de la solicitud.
9. Debera presentar tres (3) declaraciones bancarias consecutivas. Asegurese de que se proporcionen todas las cuentas y estados de cuenta completos (todas las paginas).
10. Es importante que complete, firme y envie la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de los catorce (14) dias.
11. Debe firmar y fechar la solicitud.
12. Su solicitud no pueded procesarse hasta que se proporcione toda la informacion requerida. Su solicitud completa puede enviarse por correo postal o electronico a la siguiente direccion:

***COLLEGE MEDICAL CENTER***

***PO BOX 16421***

***LONG BEACH, CA 90806 ATTN: BUSINESS OFFICE***

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