

**PALO ALTO COUNTY HEALTH SYSTEM**  
**Solicitud de Asistencia financiera**

La ley nos obliga a mantener la confidencialidad de su información. La información a continuación se usará solo con el propósito de confirmar su necesidad de asistencia financiera. La asistencia financiera se basa en los Niveles federales de ingresos de pobreza. **No se procesarán los formularios incompletos. Para que este formulario se considere completo se deberá presentar una verificación de ingresos, tal como declaraciones de impuesto sobre la renta anteriores o tres meses de comprobantes de pago de la nómina. También se debe proporcionar una aprobación o denegación de Medicaid.** La información se debe presentar para la persona que presenta la solicitud y cualquier otro adulto que viva en la misma casa.

|  |  |
|--|--|
| Solicitante:   | Cónyuge/Pareja:  |
| N.º de Seguro Social (opcional):                      Fecha de nacimiento: | N.º de Seguro Social (opcional):                      Fecha de nacimiento: |
| Dirección:   | Ciudad, Estado:  |

Teléfono/Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales brutos de la familia: (Incluya todos los ingresos por salarios/sueldos, sustento de menores, pensión alimenticia, Seguro Social, Beneficios de veteranos, jubilación/pensiones, Compensación de los Trabajadores/desempleo, intereses, ganancias, dividendos u otro ingreso)

| Fuente | Total mensual | Fuente | Total mensual |
|--------|---------------|--------|---------------|
| _____  | _____         | _____  | _____         |
| _____  | _____         | _____  | _____         |

**Si el ingreso es \$0.00 (cero) explique:** \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| Recursos (opcional):<br>Saldo de cuenta monetaria: \$ _____<br>Saldo de cuenta de ahorros: \$ _____<br>Inversiones: \$ _____ | Valores de otras propiedades (opcional): (segunda residencia, barco, vehículo para recreación, moto para nieve, etc.)<br>\$ _____ Descripción: _____<br>\$ _____ Descripción: _____<br>\$ _____ Descripción: _____<br>\$ _____ Descripción: _____ |
|--|---|

Número total de dependientes y adultos en el hogar: \_\_\_\_\_

|               |        |                     |        |                     |
|---------------|--------|---------------------|--------|---------------------|
| Dependientes: | Nombre | Fecha de nacimiento | Nombre | Fecha de nacimiento |
| 1.            | _____  | _____               | 3.     | _____               |
| 2.            | _____  | _____               | 4.     | _____               |

Otros adultos en el hogar:

|        |                     |        |                     |
|--------|---------------------|--------|---------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento | Nombre | Fecha de nacimiento |
| 1.     | _____               | 2.     | _____               |

**AFIRMACIÓN DEL CLIENTE:** yo afirmo que las declaraciones proporcionadas en el presente son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier falsa declaración o declaración errónea de un hecho material podría ocasionar la descalificación para la asistencia financiera.  
**Entiendo que debo proporcionar una verificación de ingresos.**

Yo afirmo que he sido residente del área del mercado de Palo Alto County Health System durante al menos un año y que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Yo entiendo que la información que proporciono, está sujeta a verificación por Palo Alto County Health System.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Devuelva su solicitud con:
- 1) Copias de la declaración del impuesto sobre la renta de al menos un año; o correspondencia del empleador o agencia de gobierno, copias de estados de cuenta bancarios, estados de cuenta W-2 o comprobantes de cheque de pago de la nómina para los últimos tres meses.
  - 2) Su aprobación o denegación de Medicaid o una solicitud completa de Medicaid.

**Office Use Only**

Notes:

Medicaid Decision: \_\_\_\_\_

Applicant is Eligible

Percentage of Financial Assistance Granted: \_\_\_\_\_

Dollar Amount of Financial Assistance \_\_\_\_\_

Additional Assistance Amount \_\_\_\_\_

Additional Assistance Amount \_\_\_\_\_

Additional Assistance Amount \_\_\_\_\_

Additional Assistance Amount \_\_\_\_\_

Additional Assistance Amount \_\_\_\_\_

**Income Recap**

Income Tax  
Gross Income \$ \_\_\_\_\_

Wages \$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Social Security \$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Type of Service: Attach detail w/Dates of Service

Applicant is Ineligible

Reason for ineligibility: \_\_\_\_\_

Unemployment \$ \_\_\_\_\_

Notice of determination  
sent to patient \_\_\_\_\_  
Date

Signed \_\_\_\_\_  
Patient Financial Services Director

Signed \_\_\_\_\_  
Chief Financial Officer