

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