**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.** 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 (opcional), estados de cuenta W-2 o comprobantes de cheque de pago de la nómina para los últimos tres meses. | |

**Office Use Only**

Notes:

# Income Recap

Income Tax

Gross Income $

Wages $

$

Social Security $

$

Unemployment $

Child Support $

Other $

**Total Income $**

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

Type of Service: Attach detail w/Dates of Service

* Applicant is Ineligible

Reason for ineligibility:

Notice of determination

sent to patient

Date

Signed

Patient Financial Services Director

Signed

Chief Financial Officer