

Salinas Valley Health Medical Center

Aplicación de Asistencia Financiera

INSTRUCCIONES

1. Complete todas las áreas en el formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no corresponde a su opción, escriba N/A en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder a una pregunta.
3. Usted debe proveer una prueba del ingreso familiar cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingreso.

Si presentó declaración de impuestos federales sobre los ingresos, debe presentar una copia de:

- a. Declaración de impuestos federales sobre los ingresos (Formulario 1040) del año más reciente. Debe enviar todas las formas y anexos tal como se enviaron al Servicio de Impuestos Internos (Departamento de Hacienda)

Si no presentó una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, por favor proporcione lo siguiente:

- a. Dos (2) talones de nómina recientes; y
- b. Una carta explicando por qué no presenta una declaración de impuestos federales sobre los ingresos.

Si no tiene ingresos, presente una carta que explique cual es su sustento para usted y a su familia.

4. Su solicitud no puede ser procesada hasta que toda la información solicitada sea proporcionada.
5. Es importante que complete y presente la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos requeridos antes de catorce (14) días.
6. Usted debe firmar y colocar la fecha en la solicitud. Si el paciente/fiador y el cónyuge proveen información, ambos deben firmar la solicitud.
7. Si tiene alguna pregunta, llame a su representante de cuenta, al 831-755-0732.
8. Envíe o devuelva su solicitud completa a:

Salinas Valley Health Medical Center
Departamento de Servicios Financieros Para el Paciente
3 Rossi Circle, Suite C
Salinas, CA 93907
(831) 755-0732 • Llamada gratis (888) 755-7864

| INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO | |
|------------------------------------|----------|
| Empleador del paciente / Fiador | Cargo |
| | |
| Persona de contacto / Supervisor | Teléfono |
| | |
| Empleador del Cónyuge | Cargo |
| | |
| Persona de contacto / Supervisor | Teléfono |
| | |

| INGRESO FAMILIAR | | |
|---|------------------|---------|
| | Paciente/ Fiador | Cónyuge |
| 1. Salario anual en bruto (antes de las deducciones) | | |
| | | |
| 2. Ingreso anual de empleo independiente | | |
| | | |
| 3. Otros ingresos: | | |
| 3a. Intereses y dividendos | | |
| 3b. Alquileres y arrendamientos de inmuebles | | |
| 3c. Ingresos de retiro del departamento de Seguro Social | | |
| 3d. Pensión alimentaria | | |
| 3e. Manutención de hijos | | |
| 3f. Desempleo/discapacidad | | |
| 3g. Asistencia pública | | |
| 10. Todas las demás fuentes (adjunte lista) | | |
| INGRESO TOTAL (agregar líneas 1 - 10 anterior) | | |

GASTOS INUSUALES

Proporcione la información sobre cualquier gasto inusual, como facturas médicas, bancarrota, sentencias del tribunal o pagos de acuerdos (adjunte lista según sea necesario).

| Descripción | Importe |
|-------------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Al firmar yo/nosotros declaramos que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi/nuestro mejor conocimiento. Yo/nosotros autorizo/autorizamos al Salinas Valley Health Medical Center a verificar toda la información indicada en esta solicitud. Concedemos expresamente permiso para comunicarse con mi/nuestro empleador.

Firma del Paciente / Fiador

Firma del Cónyuge

Fecha

Fecha

