

**Sistema de Salud de Saint Joseph
Solicitud para ayuda financiera**

INSTRUCCIONES

1. Por favor complete toda la información que se le pide en la solicitud adjunta. Si encuentra una sección o pregunta que no le corresponde, por favor escriba N/A (No Aplica) en el espacio en blanco de tal sección o pregunta.
2. Agregue una página adicional si necesita más espacio para responder cualquier pregunta.
3. Usted tiene que mostrar una prueba de sus ingresos cuando entregue esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingresos:

Si ha hecho los impuestos federales (income tax), usted tiene que entregarnos una copia de:

- a. Declaración de impuestos federales (Formulario 1040) del año más reciente. Usted tiene que incluir todos los formularios y documentos adjuntos que sometió al Internal Revenue Service;
- b. Formulario federal W-2 que muestra su sueldo e ingresos;

Si usted no ha hecho sus impuestos federales, por favor entréguenos lo siguiente:

- a. Los dos (2) recibos o talonarios de sus cheques de sueldo más recientes;
- b. Los dos (2) recibos o talonarios de sus cheques mas recientes del Seguro Social (Social Security), pagos para la manutencion de sus hijos (child support), seguro de desempleo, por incapacidad, pension u otros pagos;
- c. Dos (2) estados de cuenta bancaria de dos meses seguidos;
- d. Si a usted le pagan en dinero en efectivo (cash), por favor entreguenos una declaracion por escrito en la cual explique de donde provienen sus ingresos.
- e. Una carta donde usted explique por que no ha hecho los impuestos federales.

Si usted no tiene ningún ingreso, por favor entréguenos una carta donde usted explique cómo se sostienen económicamente usted/su familia.

4. Su solicitud no puede ser procesada hasta que toda la información requerida sea entregada.
5. Es importante que usted complete, firme y entregue la solicitud para ayuda financiera con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de Diez (10) días.
6. Usted tiene que firmar y fechar la solicitud. Si el paciente/ garante del paciente y su esposa/o nos dan la información para la solicitud, ambos tienen que firmarla.
7. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame al representante de su cuenta.
(949) 347-6046

8. Envíe su solicitud completa a:

Mission Hospital
Patient Financial Services Department
27700 Medical Center Road MOB 3 Suite 465
Misión Viejo, CA 92691

**Sistema de Salud de Saint Joseph
 Solicitud para ayuda financiera**

NUMERO DE CUENTA			
NOMBRE DEL PACIENTE/ GARANTE		NOMBRE DEL ESPOSO/A	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
		Casa	
		Trabajo	
		Celular	
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL			
Paciente/Garante		ESPOSO/A	

ESTADO DE LA FAMILIA		
Haga una lista de todas las personas que dependen de usted económicamente (Hay espacio adicional en la página 4)		
Nombre	Edad	Parentesco

ESTADO LABORAL	
Empleador del paciente o tutor	Posición
Persona a contactar	Teléfono
Empleador del esposo/a	Posición
Persona a contactar	Teléfono

--	--

INGRESOS		
	Paciente/Garante	Esposa/o
1. Sueldo y salario bruto (antes de deducciones)		
2. Ingreso de trabajos por su cuenta		
3. Interés y dividendos		
4. Alquiler de bienes raíces y alquileres		
5. Seguro Social		
6. Pensión por divorcio o separación		
7. Manutención		
8. Seguro por desempleo o incapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las demás fuentes de ingresos (adjuntar una lista)		
Ingreso total (añadir las líneas del 1 al 10 de arriba)		

ACTIVOS MONETARIOS QUE CALIFICAN			
	Paciente/Garante	Esposo/a	Total
1. Balance de cuenta(s) corriente			
2. Balance de cuenta(s) de ahorros			
3. Valor de certificados de deposito, acciones y bonos			
4. Otro _____			
5. Otro _____			
Activos Monetarios Total (añadir las líneas 1-5)			

GASTOS INESPERADOS	
Por favor dénos información sobre cualquier gasto inesperado tal como cuentas médicas, bancarrota, ordenes judiciales o pagos para solucionar disputas (adjuntar una lista si es necesario).	
Descripción	Cantidad

--	--

Al firmar a continuacion, yo declaro/nosotros declaramos que toda la informacion entregada es verdadera y correcta lo mas posible de acuerdo a lo que yo se/ nosotros sabemos. Yo autorizo/nosotros autorizamos al Hospital Mission que verifique cualquier informacion que aparece en esta solicitud. Nosotros expresamente damos autorizacion para que contacten a mi empleador/nuestros empleadores, instituciones bancarias y de prestamo, y para que chequeen nuestro historial de credito.

Firma del paciente/Garante

Firma del esposo/a

Fecha

Fecha

Declaración de la misión del Sistema de Salud de St. Joseph: “Expandir el ministerio de salud católico de las hermanas de St. Joseph of Orange, al mejorar continuamente la salud y la calidad de vida de las personas en las comunidades que servimos”.

Dignidad • Servicio • Excelencia • Justicia

