

**St. Joseph Health**  
**Solicitud de Ayuda Económica**

**INSTRUCCIONES**

---

1. Por favor, rellene cada una de las partes de la solicitud adjunta. Si alguna parte no es aplicable para usted, escriba "N/A" en el espacio proporcionado. Si necesita más espacio para contestar alguna pregunta, adjunte una hoja adicional.
2. Cuando presente la solicitud, deberá proveer la prueba de ingresos más reciente. Se aceptan los siguientes documentos como prueba de ingresos:

Si presentó una declaración de impuesto a la renta federal:

- La declaración del impuesto a la renta federal (Formulario 1040) del año más reciente, incluyendo todos los complementos y adjuntos, tal como se presentaron al Servicio de Rentas Internas.
- Si fue declarado como dependiente de otra persona, por favor, traiga la declaración de impuestos donde aparece usted como dependiente.

Si no presentó una declaración de impuestos a la renta federal:

- Los dos (2) talones de pago más recientes donde aparece sus ingresos hasta la fecha;
- Si es un trabajador autónomo, provea documentación de sus ganancias de los últimos tres (3) meses;
- Los dos (2) cheques de nómina más recientes o prueba de depósito directo de cualquier pago del seguro social, manutención de menores, desempleo, discapacidad, manutención del cónyuge, u otro.
- Si le pagan solamente en efectivo, pídale a su empleador que le provea una declaración escrita, firmada y fechada, que explica el monto que recibe y la frecuencia con que se le paga.

Si no tiene ingresos, favor de proveer una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo y/o a su familia.

3. No se procesará su solicitud hasta que no provea *toda* la información requerida.
4. Es importante que usted rellene, firme y presente la solicitud de ayuda económica junto con toda la documentación necesaria, dentro de catorce (14) días.
5. Deberá *obligatoriamente* firmar y fechar la solicitud. Si el paciente/garante y su cónyuge/pareja doméstica ambos proveen información, *ambos* deben firmar la solicitud.
6. Si tiene alguna pregunta o requiere ayuda para rellenar esta solicitud, llame a su representante de cuenta, al: **(800) 378-4189**.
7. Envíe su solicitud rellena a:  
**St. Joseph Health**  
Attn: Financial Assistance Coordinator  
3345 Michelson Drive, Suite 100  
Irvine, CA 92612

*El hecho de calificar o no para ayuda económica no afectará el derecho del paciente al acceso a cuidados urgentes o médicamente necesarios.*

**St. Joseph Health**  
**Solicitud de Ayuda Económica**

<b>Datos personales</b>	
Número de cuenta	
Nombre Paciente / Garante	
¿El paciente ha recibido y/o solicitado anteriormente ayuda económica de SJH?	<input type="checkbox"/> Si <i>Una decisión o solicitud de ayuda económica anterior no afecta la decisión sobre la solicitud actual.</i> <input type="checkbox"/> No
¿Ha solicitado el paciente alguna otra ayuda? (Medicaid, Medicare, ayuda para medicamentos recetados, DHS, SSI u otros programas federales.)	<input type="checkbox"/> Si <i>De contestar sí, favor de adjuntar una copia de la solicitud firmada para aquellos programas, que podría servir para calificar para ayuda económica.</i> <input type="checkbox"/> No
Cónyuge/Pareja doméstica Nombre	
Domicilio (Calle)	
Domicilio (Ciudad, Estado, Código Postal)	
Teléfono de casa	( )
Teléfono del empleo	( )
Teléfono celular	( )
SSN Paciente / Garante	
SSN Cónyuge/Pareja doméstica	

<b>Condición familiar</b> - Detalle todos los dependientes a quienes mantiene. (Hay espacio adicional en la página 6)		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el paciente

<b>Condición de empleo</b>		
	Paciente / Garante	Cónyuge/Pareja doméstica
Nombre del		
Cargo		
Persona de contacto		
Teléfono de contacto	( )	( )

**St. Joseph Health**  
**Solicitud de Ayuda Económica**

<b>Ingresos anuales</b>			
Descripción	Paciente / Garante	Cónyuge/Pareja doméstica	Total
1. Sueldo y salarios brutos			
2. Ingresos por empleo autónomo			
3. Intereses / Dividendos ( <i>Excluyendo la jubilación y</i>			
4. Arriendos / Alquileres			
5. Seguro social			
6. Manutención del cónyuge			
7. Manutención de menores			
8. Desempleo/Discapacidad			
9. Asistencia pública			
10. Toda otra fuente ( <i>adjunte lista</i> )			
<b>Ingresos Anuales Totales</b>			

<b>Propiedad</b>				
Descripción	Paciente / Garante	Cónyuge/ Pareja doméstica	Valor total	Monto adeudado (de haber)
1. Saldo de la(s) cuenta(s) corriente(s)				
2. Saldo de la(s) cuenta(s) de ahorro				
3. Valor de Acciones, Bonos,				
4. Residencia principal				
5. Otro inmuebles ( <i>adjunte una lista</i> )				
6. Vehículos automotores ( <i>adjunte lista</i> )				
7. Otros bienes muebles				
8. Otros _____				
9. Otros _____				
10. Otros _____				
<b>Patrimonio total</b>				

**St. Joseph Health**  
**Solicitud de Ayuda Económica**

<b>Gastos esenciales de subsistencia</b> - Favor de proveer información sobre sus gastos esenciales de subsistencia. (Hay espacio adicional en la página 6)	
Descripción	Monto pagado Por mes
Pago de arriendo o hipoteca y mantenimiento	
Alimentos y artículos domésticos	
Servicios públicos y teléfono	
Ropa	
Pagos médicos y dentales	
Seguro	
Escuela o Guardería	
Manutención de menores o del cónyuge	
Gastos de transporte y automóvil, incluyendo el Seguro, Gasolina y Reparaciones, Pagos a plazos	
Lavandería y limpieza	
Otros gastos extraordinarios _____	
Otros gastos extraordinarios _____	
Otros gastos extraordinarios _____	

El suscrito afirma que toda la información proporcionada es cierta y exacta a su mejor saber y entender. El suscrito autoriza a St. Joseph Health para que verifique cualquier dato detallado en esta solicitud. El suscrito da permiso explícito para la comunicación con su empleador, sus instituciones bancarias y prestamistas, y para verificar su historial crediticio.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/pareja doméstica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Dignidad • Servicio • Excelencia • Justicia***

Declaración de la Misión de St. Joseph Health: *“Extender el ministerio católico de atención médica de las hermanas de St. Joseph of Orange mediante la mejora continua de la salud y calidad de vida de las personas de las comunidades en las cuales servimos.”* El Programa de Ayuda Económica de St. Joseph Health garantiza que todo paciente que nos pide atención sea tratado en el espíritu de nuestros valores fundamentales, sin importar su condición económica.

**St. Joseph Health**  
**Solicitud de Ayuda Económica**

Entendemos que el necesitar ayuda económica puede ser algo delicado y profundamente personal. Nos comprometemos a guardar la confidencialidad de las solicitudes, los datos y el financiamiento de cualquiera persona que participa en el Programa de Ayuda Económica de St. Joseph Health.

Por favor, utilice este espacio para proveer cualquier información o comentario adicional que nos ayude a entender su situación.