



LISTA DE VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

La solicitud de asistencia financiera adjunta se utiliza para determinar su elegibilidad para la atención de caridad (atención gratuita) o la atención con descuento en nuestro establecimiento. Complete y firme este formulario y devuélvalo con copias de la documentación que corresponda a su caso. Puede solicitarla en cualquier momento; no hay plazo para solicitarla.

Devuelva la solicitud al Departamento de Servicios Comerciales en nuestra ubicación Barlow Main, o envíela por correo a: Barlow Respiratory Hospital, Attention: Business Services, 2000 Stadium Way, Los Angeles, CA 90026-2696.

Documentación que puede ayudar con su solicitud (solo copias, no originales):

- Recibos de pago recientes, su declaración de impuestos más reciente u otra prueba razonable de ingresos.
- Aviso de denegación de Medi-Cal, si corresponde.
- Determinación de compensación por desempleo o aviso de despido, si corresponde.
- Una lista de la deuda médica actualmente pendiente, si corresponde.
- Una lista de los costos médicos de bolsillo incurridos en los últimos 12 meses, si corresponde.

¿Usted: (1) completó la solicitud? ____ (2) firmó la solicitud? ____

Su firma verifica la exactitud de la información proporcionada y autoriza a Barlow Respiratory Hospital a verificar la información proporcionada.

Firma: _____ Fecha: _____



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Cónyuge: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Miembros del hogar

Si es mayor de 18 años, indique a su cónyuge o pareja de hecho y a los hijos dependientes menores de 21 años. Si es menor de 18 años, indique a sus padres o parientes que lo cuidan y a sus otros hijos menores de 21 años.

Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

Ingreso anual: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

Ingreso anual: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

Ingreso anual: _____

Ingreso Familiar

Ingreso familiar total (incluya su ingreso y el de las personas indicadas arriba):

Adjunte recibos de pago recientes, su declaración de impuestos más reciente u otra prueba razonable de ingresos.

Seguro Existente

¿Tiene algún seguro de salud (Medicare, Medi-Cal o privado)? Sí: _____ No: _____

Pagador: _____

¿Su lesión está cubierta por compensación de trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro? Sí: _____ No: _____

Costos Médicos Anuales

Monto pagado en los últimos 12 meses a Barlow Respiratory Hospital: _____

A otros proveedores: _____

Mi firma verifica la exactitud de la información proporcionada y autoriza a Barlow Respiratory Hospital a verificarla. Entiendo que la asistencia financiera está destinada únicamente a mi beneficio y no exime a terceros de su responsabilidad de pago. Entiendo que si no califico seré personalmente responsable de los cargos, y que puedo apelar una determinación por escrito con documentación adicional.

Firma del paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____