



Patient Name: _____ DOB: _____

Medical Record # _____

Patient Financial Services – PCX-103
9300 Valley Children's Place
Madera, CA 93636

Gracias por su interés en el programa de ayuda económica (*Financial Assistance Program*). Por favor complete la solicitud y devuélvala dentro de los próximos 15 días junto con la documentación solicitada. Envíe la solicitud por correo a la dirección indicada arriba o por correo electrónico a la dirección: patientfinservices@valleychildrens.org. Si necesita ayuda para completar la solicitud o si tiene más preguntas, por favor llame a los números telefónicos: 559-353-7009 u 800-956-2445.

Por favor incluya los siguientes documentos con su solicitud completa:

	Prueba de residencia (factura de utilidad, cable o teléfono)
	Verificación del número de miembros de la familia (última declaración de impuestos)
	Comprobante reciente de ingresos de un mes, comprobante de salarios en papel con membrete del empleador o carta de adjudicación por desempleo / discapacidad
	Extracto reciente de cuenta bancaria (cuenta de cheque y cuenta de ahorro-todas las páginas)
	Aviso de acción del Programa de seguro médico patrocinado por el gobierno
	Carta de dificultad económica
	Cualquier otro documento que le pidan para procesar la solicitud de ayuda económica

Información del paciente:

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Número(s) de cuenta(s):	

Solicitante o fiador:

Parentesco con el paciente:	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:

Cosolicitante o fiador:

Parentesco con el paciente:	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:

Número de miembros en la casa:

**Lista de personas a quienes usted mantiene económicamente
(aparte de usted o del cosolicitante)**

Nombre	Edad	Parentesco

Información laboral:

Solicitante o fiador:

Empleador:	
Nombre del negocio (si es trabajador independiente):	
Cargo:	
Persona de contacto:	Número telefónico:

Cosolicitante o fiador:

Empleador:	
Nombre del negocio (si es trabajador independiente):	
Cargo:	
Persona de contacto:	Número telefónico:

Información de otro empleador:

Solicitante o fiador o Cosolicitante o fiador:

Empleador:	
Nombre del negocio (si es trabajador independiente):	
Cargo:	
Persona de contacto:	Número telefónico:

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

INGRESOS: Mencione todos sus ingresos	Solicitante o Fiador	Cosolicitante o Fiador
Ingreso bruto (antes de deducciones)	\$	\$
Ingresos de su propio negocio (si es trabajador independiente)	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$
Bienes muebles e inmuebles	\$	\$
Seguro social	\$	\$
Pensión alimenticia para menores y manutención del cónyuge	\$	\$
Otros ingresos (especifique):	\$	\$
Sume el ingreso de todas las fuentes	\$	\$
INGRESO TOTAL COMBINADO (Solicitante y cosolicitante)	\$	
GASTOS DE DONACIONES Y AHORROS		COMENTARIOS
Donaciones	\$	
Ahorros	\$	
Otros	\$	
Gasto de pensión alimenticia de menores y manutención del cónyuge	\$	
GASTOS DE MANUTENCION		
Pago de hipoteca o alquiler	\$	
Servicios públicos	\$	
Alimentos	\$	
Transporte	\$	
Seguro	\$	
Médicos	\$	
Ropa	\$	
Entretenimiento	\$	
Tarjetas de crédito (o préstamos)	\$	
Gastos del automovil	\$	
Enumere otros gastos:		
	\$	
	\$	
TOTAL DE GASTOS	\$	
INGRESO DISPONIBLE	\$	Reste los gastos del ingreso



Patient Name: _____ DOB: _____

Medical Record # _____

Gastos médicos:

Gastos no cubiertos por el seguro médico que el solicitante o el cosolicitante hayan pagado a nombre del paciente dentro de los últimos doce (12) meses consecutivos pasados.	\$
---	----

Certifico que la información aquí brindada es verdadera y exacta. Entiendo que Valley Children's Healthcare puede verificar la información presentada y que las autoridades estatales y federales pueden revisarla. El firmante está de acuerdo que, en caso que le sea solicitado, mostrará las pruebas de la información proporcionada. Es posible que se le solicite mayor información

Firma del solicitante o del fiador Fecha

Firma del cosolicitante o del fiador Fecha

El otorgamiento de ayuda financiera de Valley Children's Healthcare no cubre servicios profesionales que los médicos y otros proveedores de salud de Valley Children's ofrezcan a los pacientes, esto incluye, pero no limita, a radiología, anestesiología, patología o servicios hospitalarios.

For Office use only:

Rec'd Application Date: _____ Initials _____

Missing Documentation _____ Complete Documentation _____

Scanned Application: _____ Date: _____ Initials _____