



Solicitud para Ayuda Financiera

Por favor rellene la siguiente solicitud y devuélvala junto con la documentación requerida, vía correo postal, dentro de los próximos 15 días, a la dirección mencionada en el encabezamiento de este formulario. Si tiene preguntas acerca de cómo rellenar esta solicitud, llámenos al 559-353-7009.

Por favor incluya la documentación siguiente: (Por favor señale todas las que sean pertinentes):

1. ____ Comprobante de domicilio (Recibo de servicio de luz, agua, gas, cable o teléfono)
2. ____ Verificación del tamaño de la familia (Copia más reciente de su Declaración de impuestos sobre la renta)
3. ____ El desprendible del cheque de pago más reciente o una constancia de sueldo en papel membreteado y firmado por su patrón(a) o patronos
4. ____ Extracto bancario más reciente
5. ____ Notificación de Acción de un programa de seguro patrocinado por el gobierno
6. ____ Cualquier otra documentación solicitada para poder procesar su Solicitud para Ayuda Financiera.

Información del/de la Paciente

Nombre Completo del/de la Paciente: _____

Número(s) de Cuenta(s) del/de la Paciente _____

Solicitante o Garante

Parentesco con el/la Paciente: _____

Nombre Completo: _____

Address: _____ Teléfono Celular: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Teléfono de Casa: _____

Co-Solicitante o Garante

Parentesco con el/la Paciente: _____

Name: _____ Teléfono Celular _____

Estatus Familiar: Enumere todos los dependientes a quienes usted mantiene (aparte de usted mismo(a) y del/de la Co-solicitante)

Nombre	Edad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre Completo del/de la Paciente: _____

Número(s) de Cuenta(s) del/de la Paciente _____

Información del Empleo

Solicitante o Garante

Empleador: _____ Puesto de Trabajo: _____

Persona de Contacto: _____ Número de Teléfono: _____

Si trabaja independientemente,
Nombre del Negocio: _____ Número de Teléfono: _____

Co- Solicitante o Garante:

Empleador: _____ Puesto de Trabajo: _____

Persona de Contacto: _____ Número de Teléfono: _____

Si trabaja independientemente,
Nombre del Negocio: _____ Número de Teléfono: _____

Ingresos Mensuales Actuales:

	Solicitante/Garante	Co-Solicitante/Garante
Ingreso bruto (antes de deducciones)	_____	_____
Sumar		
Ingresos de Negocio en Funcionamiento (si trabaja independientemente)	_____	_____
Otro ingreso	_____	_____
Interés y dividendos	_____	_____
De bienes raíces o de Propiedad Personal	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Manutención Recibida de Cónyuge o de Hijos	_____	_____
Otro (Especifique)	_____	_____
Restar		
Manutención Pagada de Cónyuge o de Hijos	_____	_____
Igual a		
Ingreso Mensual Actual	_____	_____
El total de los ingresos mensuales actuales (sumar Solicitante o Garante + Co-Solicitante o Garante)		

Gastos:

Gastos médicos extras durante los últimos doce (12) meses: _____

(Gastos extras pagados ya sea por el/la Solicitante o por el/la Co-Solicitante por el/la paciente dentro de los últimos doce (12) meses consecutivos.)

Nombre Completo del/de la Paciente: _____

Número(s) de Cuenta(s) del/de la Paciente _____

Doy fe de que la información es verídica y exacta. Entiendo que la información presentada puede estar sujeta a verificación por parte del hospital Valley Children's Hospital y ser revisada por las Autoridades Competentes Federales y/o Estatales. Si se requieren, el/la abajo firmante acepta presentar comprobantes de esta información. Puede ser que se solicite información adicional.

Firma del/de la Solicitante/Garante

Fecha

Firma del/de la Co-Solicitante/Garante

Fecha

La concesión de Ayuda Financiera por parte de Valley Children's Hospital no aplica a los servicios profesionales brindados a los pacientes del Hospital Children's por parte de los médicos u otros proveedores médicos que incluyen pero no se limitan a los servicios de Radiología, Anestesiología, Patología o del/de la médico de pacientes internos.