

SOLICITUD PARA AYUDA ECONÓMICA

Programas de Cuidados de caridad y de pago con descuento:

*Este mismo formulario le permite solicitar tanto cuidados de caridad como pago con descuento.
Recibirá la mayor ayuda económica posible con base en la información que proporcione.*

Cómo solicitar la ayuda:

1. Elija la manera en que desea solicitar la ayuda:

- **En línea:** Haga la solicitud a través del portal *MyChart* para tramitarla más rápido
- **Solicitud impresa:** Descargue este formulario, complételo y envíelo por medio de:
 - **Correo electrónico:** patientfinservices@valleychildrens.org
 - **Correo:** Envíelo al departamento de servicios financieros del hospital (la dirección se encuentra en la esquina superior derecha de este formulario).

2. Reúna los documentos necesarios:

- **Comprobante de ingresos:** (Elija uno)
 - Declaración de impuestos del año más reciente (tanto del solicitante como del cosolicitante) **O**
 - Recibo de pago del mes más reciente para todos los adultos en su hogar que trabajen **O**
 - Carta de beneficios por desempleo o discapacidad

3. Reúna los documentos opcionales: (no son necesarios para tramitar la solicitud):

- Carta de **aprobación o denegación** de *Medi-Cal*, *CCS* o *Medicare* o de otros programas gubernamentales. (**no se necesita** para determinar la elegibilidad para pago con descuento, pero sí es necesaria para recibir la ayuda completa de cuidados de caridad)
- Carta de apuro económico: Una carta opcional para explicarnos la razón por la que solicita la ayuda.

4. Envíe su solicitud en línea, por correo electrónico o por correo:

- Asegúrese de incluir todos los documentos para evitar demoras.
- Si necesita ayuda, llame al número telefónico **559-353-7009** o **800-956-2445** (de lunes a viernes, de 9:00 de la mañana a 4:00 de la tarde, hora estándar del Pacífico).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
Garante – Número de cuenta:		
¿Tiene el paciente seguro médico?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene una cuenta de ahorros para pago de servicios médicos (HSA, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha solicitado el paciente los seguros Medi-Cal o CCS?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

SOLICITANTE O GARANTE:

Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____	
Nombre:	Parentesco con el paciente:
Dirección:	
Teléfono celular o de casa:	Teléfono del trabajo:
Empleador:	Ocupación - Cargo:

COSOLICITANTE O GARANTE:

Nombre	Parentesco con el paciente:
Dirección	
Teléfono celular o de casa:	Teléfono del trabajo:
Empleador:	Ocupación - Cargo:

TAMAÑO DE LA FAMILIA: Escriba todos los dependientes.

Nombre, edad y parentesco	Nombre, edad y parentesco:
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

GASTOS MÉDICOS:

Es optativo que presente esta información, pero le puede ayudar a obtener ayuda económica adicional.

Otros gastos médicos pagados por el solicitante o por el cosolicitante en representación del paciente en los últimos doce (12) meses consecutivos.	\$
--	----

Certifico que la información arriba mencionada es verdadera y exacta. Entiendo que la información presentada está sujeta a verificación por parte de *Valley Children's Healthcare* y ser revisada por organismos de seguridad federales y estatales. El abajofirmante está de acuerdo con presentar comprobante(s) de esta información junto con otra información que se le solicite.

 Firma del solicitante o del garante

 Firma del cosolicitante o garante

 Fecha

Es posible que el plan de la ayuda económica no aplique a los servicios profesionales brindados a pacientes de *Valley Children's Hospital*, por parte de los médicos o de otros profesionales médicos con la excepción los médicos de la Sala de Urgencias.