



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

TELÉFONO: 1-415-925-7070

DECLARACION DE SITUACION FINANCIERA

NOMBRE DE PACIENTE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE CUENTA _____

CÓNYUGE _____

TELÉFONO _____ NÚMERO DE SUGURO SOCIAL _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR (Indique todos los dependientes que se encuentran a su cargo)

| <i>NOMBRE</i> | <i>EDAD</i> | <i>RELACIÓN</i> |
|---------------|-------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

EMPLEO Y LA OCUPACIÓN

EMPLEADOR _____ PUESTO _____

PERSONA DE CONTACTO Y TELÉFONO _____

SI TRABAJA DE FORMA INDEPENDIENTE, INDIQUE EL NOMBRE DEL COMERCIO

EMPLEADOR CÓNYUGE _____ PUESTO _____

PERSONA DE CONTACTO Y TELÉFONO _____

SI TRABAJA DE FORMA INDEPENDIENTE, INDIQUE EL NOMBRE DEL COMERCIO

INGRESO MENSUAL ACTUAL

| | <i>PACIENTE</i> | <i>CÓNYUGE</i> |
|---|-----------------|----------------|
| INGRESOS MENSUALES ACTUALES (ANTES DE IMPUESTOS/DEDUCCIONES) | _____ | _____ |
| OTROS INGRESOS: | | |
| INTERESES Y DIVIDENDOS DE BIENES RAICES O BIENES INMUEBLE | _____ | _____ |
| SEGURO SOCIAL | _____ | _____ |
| OTROS (ESPECIFICAR) | _____ | _____ |
| PENSIÓN ALIMENTICIA O PAGOS POR MANUTENCIÓN RECIBIDOS | _____ | _____ |
| PENSIÓN ALIMENTICIA O PAGOS POR MANUTENCIÓN PAGADOS | _____ | _____ |
| INGRESO MENSUAL ACTUAL | _____ | _____ |
| INGRESO MENSUAL ACTUAL TOTAL (SUMAR EL INGRESO DEL PACIENTE Y EL DEL CONYUGE QUE APARECEN MÁS ARRIBA) | _____ | _____ |

TAMAÑO DE LA FAMILIA CANTIDAD TOTAL DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA (INCLUIR PACIENTE, CÓNYUGE Y DEPENDIENTES QUE APARECEN MÁS ARRIBA) _____

*SI**NO*

¿TIENE SEGURO MÉDICO?

¿TIENE SEGURO DE QUE PUEDA APLICARSE?
(POR EJEMPLO, UNA PÓLIZA DE AUTOMÓVIL)

¿FUERON SUS LESIONES CAUSADAS POR UN TERCERO? (POR EJEMPLO, UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO O POR RESBALONES Y CAIDAS)

POR FAVOR, ENVÍE UNA COPIA DEL ÚLTIMO TALON DE PAGO Y 2 MESES DE ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS JUNTO CON ESTA SOLICITUD.

FIRMA DEL PACIENTE O EL GARANTE

FECHA

FIRMA DEL CÓNYGUE

FECHA

Atención:

Si necesita ayuda en su idioma, llame al Centro Médico MarinHealth al 1-415-925-7000 para obtener más información o visite el Centro Médico en 250 Bon Air Road Greenbrae, CA 94904 Si necesita ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille, letras grandes, audio y otros formatos electrónicos accesibles, comuníquese al Centro Médico al 1-415-925-7000 o visítenos personalmente en 250 Bon Air Road, Greenbrae, CA 94904 y el Centro Médico hará todo lo posible por atenderle sin costo alguno para usted.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones de defensa del consumidor que le ayudará sin costo a entender el proceso de facturación y pago. Usted puede llamar a la Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o conéctese a healthconsumer.org para obtener más información.

Programa de quejas sobre facturas de hospital

El programa de Quejas de facturas del hospital es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda en el pago de su factura del hospital.

Si usted cree que se le negó ayuda financiera erróneamente, puede presentar una queja ante el programa de Quejas de facturas de hospital. Conéctese a

HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.