Dignity Health™
Saint Francis Memorial Hospital

Solicitud de Asistencia de Pago

Nº de cuenta del paciente

Apellido del paciente | Nombre del paciente | Nº de Seguro Social del paciente | Fecha de nacimiento del paciente

Apellido del garante (si fuese distinto) | Nombre del garante | Nº de Seguro Social del garante | Fecha de nacimiento

Domicilio particular del garante | ( ) Número de teléfono particular

Ciudad | Estado | Código postal

Nombre del empleador del garante | $ Ingresos anuales del garante | Cargo/Departamento laboral del garante

Domicilio del empleador del garante | ( ) Teléfono del empleador del garante

Ciudad | Estado | Código postal

Nombre del empleador del cónyuge | $ Ingreso anual del cónyuge | Cargo/Departamento laboral del cónyuge

Domicilio del empleador del cónyuge | ( ) Teléfono del empleador del cónyuge

Ciudad | Estado | Código postal

Personas en la vivienda

Nombre	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador	Teléfono del empleador
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				

Solicitud de Asistencia de Pago de Dignity Health (Continuación)

Por favor complete la tabla a continuación con la mayor cantidad de datos posible.

Análisis de ingresos		Análisis de ahorros calificados	
Para determinar su elegibilidad para el Programa de Asistencia de Pago de Dignity Health, proporcione información sobre los ingresos familiares anuales antes de impuestos.		***No** incluya fondos que se encuentren en cuentas exentas de impuestos/ sujetas al pago diferido de impuestos, como cuentas de ahorro de planes 401K, 403B e IRA.*	
Ingresos por empleo	$	Cuentas de cheques	$
Ingresos por empleo del cónyuge	$	Cuentas de ahorros	$
Ingresos por actividades comerciales	$	Acciones, bonos y certificados de depósito (CD)	$
Ingresos por renta	$	Otros activos monetarios	$
Ingresos por intereses/ dividendos	$	Otros _____	$
Ingresos por Seguro Social	$	Otros _____	$
Pensión alimenticia o pagos de manutención	$	Otros _____	$
Otros ingresos	$	Otros _____	$
Total de ingresos	**$**	**Total de ahorros calificados**	**$**

Para determinar quién necesita realmente asistencia financiera, debemos pedir que se nos entregue información que pruebe que usted tiene dificultades financieras. Por favor, complete la solicitud adjunta y envíela junto con todos los siguientes documentos. Si no puede proporcionar algún documento o si existen factores adicionales que pueden influenciar la evaluación, por favor

1) **Constancia de identidad** – Alguna de las siguientes:
- Copia de la tarjeta del Seguro Social
- Copia de la licencia de conductor emitida por el estado
- Otra identificación con foto

3) Constancia de domicilio actual – Alguno de los siguientes documentos:
- Recibo de renta o factura de servicios públicos

2) Constancia de activos monetarios

Todos los siguientes documentos (si corresponden):
- Estados de cuentas de cheques y ahorros de los últimos 3 meses
- Documentación de acciones, bonos y/o certificados

4) **Copia de aviso de la decisión de Medicaid/** Medi-Cal/AHCCCS (si es aplicable).

5) **Constancia de ingresos:**

- Si es empleado, incluya una copia de la declaración de impuestos del año anterior y el formulario W-2 (declaración de ingresos suministrada por su empleador) y los talones de los cheques de los tres meses anteriores más recientes.
- Si recibe asistencia pública, incluya copias de los cheques de asistencia pública de los tres meses anteriores y de la carta de asignación (por ejemplo, discapacidad, constancia de pago por desempleo o beneficios de seguridad social).
- Si recibe los ingresos por empleo en efectivo, incluya una declaración escrita de su empleador que especifique su ingreso mensual durante los últimos tres meses.
- Si trabaja por su cuenta, incluya el Anexo C de la declaración de impuestos del año anterior *y* un informe trimestral de un contador que incluya una declaración escrita de los ingresos brutos obtenidos durante los últimos tres meses.
- Si no tiene ingresos constantes, redacte un breve texto por separado que describa su situación financiera durante los últimos tres meses. Explique de qué manera o de qué fuente recibe dinero para pagar sus gastos básicos para vivir, como comida y vivienda.
- Si depende de la ayuda financiera de otra persna, incluya una "carta de ayuda financiera".

Al firmar a continuación usted acepta ser evaluado para recibir asistencia de pago. Asimismo, certifica que todas las declaraciones efectuadas en la presente solicitud son correctas y están completas a su leal saber y entender. Si se determinase que la información proporcionada es falsa o está incompleta, se podrá anular todo descuento realizado en su cuenta y podrá exigirse que efectúe el pago total. Al firmar a continuación, usted autoriza a Dignity Health a verificar las referencias y los antecedentes crediticios para evaluar la presente solicitud de evaluación para recibir asistencia de pago.

Si usted recibe pagos de una compañía de seguros, un plan de seguro por accidentes y enfermedades laborales o cualquier otro tercero encargado de pagar, usted acepta informar al hospital de tales pagos. El hospital se reserva el derecho de cobrar la totalidad de los cargos facturados originalmente en caso de que un tercero le pague a usted los servicios hospitalarios.

Firma de la persona responsable de la cuenta (garante) _____ Fecha _____

Cuando usted ha terminado el uso y ha recopilado todos los documentos, vuelva por correo a:

Saint Francis Memorial Hospital
900 Hyde St
San Francisco, CA 94109

Effective February 2012