

**POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE
CARIDAD**

ANEXO B

SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA DE CARIDAD

Información del paciente			
Nombre:		Número de teléfono:	
Fecha de nacimiento:		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Información del solicitante (garante) ☐ Si es el mismo, marque la casilla y pase la pregunta 1			
Parentesco con el paciente:			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Número de seguridad social:			
Número de teléfono:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
1. ¿Tiene cobertura de Medi-cal, Medicare y/o algún otro seguro? ☐ SÍ ☐ NO			
2. ¿Desea solicitar o volver a solicitar Medi-cal? ☐ SÍ ☐ NO			
3. ¿Califica usted para participar en algún programa gubernamental? ☐ SÍ ☐ NO			
4. ¿Estuvo su servicio relacionado con un accidente de tránsito o un accidente laboral? ☐ SÍ ☐ NO			
5. De ser así, ¿cuál es el nombre del seguro de terceros?			
6. ¿Tiene trabajo? ☐ SÍ ☐ NO			
7. Si no, ¿tiene una discapacidad? ☐ SÍ ☐ NO			
Información familiar			
Mencione a continuación su información, la de su cónyuge o pareja y la de los dependientes menores de 21 años que viven en su casa:			
Nombre	Edad	Parentesco con la paciente	
Tamaño total de la familia:			

*Si tiene dependientes adicionales, agréguelos en el espacio indicado en la página 4 de esta solicitud.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

¿Cómo le pagan? Responda las siguientes preguntas acerca de los ingresos del paciente y su cónyuge, si corresponde. El proceso de verificación de ingresos requiere comprobantes de ingresos. *Entre los documentos comprobantes de ingresos aceptables se encuentran la última declaración de impuestos, los últimos 2 talones de pago, carta del empleador que indique el salario, declaración de perjurio o comprobante de desempleo.*

Tipo de ingreso	Cantidad	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción en un círculo)
Empleo: paciente/garante		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Empleo: cónyuge		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Ingresos en efectivo: paciente/garante		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Ingresos en efectivo: cónyuge		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Desempleo: paciente/garante		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Desempleo: cónyuge		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Discapacidad: paciente/garante		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Discapacidad: cónyuge		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Seguridad Social: paciente/garante		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Seguridad Social: cónyuge		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Indemnización laboral: paciente/garante		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Indemnización laboral: cónyuge		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Manutención de los hijos: paciente/garante		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Manutención de los hijos: cónyuge		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Otros ingresos:		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Otros ingresos:		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Otros ingresos:		Semanal / quincenal / mensual/ otro
Ingresos mensuales totales:		

Declaración de reconocimiento del paciente

Certifico que la información indicada es correcta y está completa a mi leal saber y entender y, en caso de que cambien mis ingresos o seguro, me comunicaré con el centro y lo notificaré. Entiendo que al enviar esta solicitud, la evaluarán para determinar si califico para recibir atención médica gratuita de caridad. Entiendo, además, que si se determina que califico para recibir atención médica gratuita de caridad, no tendré que hacerme cargo de ninguna parte de mi atención.

Firma del paciente/garante

Fecha

**POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE
CARIDAD**

ANEXO B

Autodeclaración de ingresos (debe rellenarla si no tiene comprobante de ingresos)

Complete la siguiente información ***solo si no tiene otra forma de demostrar*** sus ingresos. Debe marcar todas las casillas y responder todas las preguntas. Si no completa esta información, se rechazará su solicitud de atención médica con descuento.

- ☐ Me pagan en efectivo
- ☐ No me dan recibos o talones de pago.
- ☐ No puedo presentar una carta de mi empleador.

Explique por qué: _____

- ☐ No tengo acceso a mi información financiera.

Explique por qué: _____

Declaración de certificación del paciente

Certifico que no tengo otra forma de demostrar mis ingresos y que toda la información anterior es correcta. Entiendo que se usará esta información para determinar si califico para recibir atención médica gratuita de caridad en St. Rose Hospital. Entiendo, además, que el personal de St. Rose Hospital pueden verificar la información de este formulario.

Firma del paciente

Fecha

Reconocimiento de certificación del empleado

Certifico que le pedí al solicitante comprobantes de todas las fuentes de ingresos familiares antes de usar este formulario. Hice lo necesario para conseguir la documentación de todas las demás posibles fuentes de ingresos. La información reportada en este formulario la indicó únicamente el solicitante y refleja con exactitud los ingresos familiares según informa el solicitante.

Firma del empleado

Fecha

<u>POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CARIDAD</u>	<u>ANEXO B</u>
--	-----------------------

Información adicional de los dependientes

Use este espacio para mencionar a los dependientes que no quedaron registrados en el espacio correspondiente de la página 2.

Nombre	Edad	Parentesco con la paciente