



SAN ANTONIO
REGIONAL HOSPITAL

Instrucciones de la Solicitud de Ayuda Financiera

Para que se considere la solicitud de Ayuda Financiera, se requieren TODOS los siguientes documentos, si corresponden:

- Formulario de Solicitud de Ayuda Financiera completada y firmada
- Una copia de la declaración de impuestos más reciente con formularios W-2 y anexos
- Copias de talones de cheque actuales (**de 13 semanas**)
- Copias de cheques del seguro social, discapacidad o desempleo o de cartas de concesión

Por favor, regrese la solicitud completada con todo formulario pedido a la siguiente dirección dentro de 10 días:

San Antonio Regional Hospital

Attn: Patient Financial Services

999 San Bernardino Road

Upland, CA 91786

Por favor, comuníquese con la Oficina de Contabilidad de Paciente al 909-980-9511 en caso de preguntas.

Por favor, tenga en cuenta que la presente no garantiza que se le conceda ayuda financiera. Siga haciendo sus pagos de forma regular hasta que se tome una determinación. Su solicitud y la información provista serán repasadas y verificadas y se le dará la decisión a usted por escrito.

Gracias por su cooperación y por escoger el San Antonio Regional Hospital para sus necesidades de atención de la salud. Anticipamos poder ayudarle para resolver su cuenta.

Solicitud de Ayuda Financiera



SAN ANTONIO
REGIONAL HOSPITAL

Fecha

Cuenta/FIN#

Apellido de paciente:	Nombre:	Segundo Nombre:	# de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Dirección del Paciente (del Hospital si es indigente)		¿Cuánto tiempo?	Mejor número telefónico de contacto:	
Ciudad	Estado	Código Postal	Estado Civil	

Nombre de la parte responsable (si no es la misma)	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Mejor número telefónico de contacto
Nombre y dirección completa del empleador (de la parte responsable)			
# de teléfono del empleador		Pago bruto al mes \$:	
Nombre y dirección completa de otro empleador (de la parte responsable)			
# de teléfono del empleador		Pago bruto al mes \$:	
Si no trabaja, el nombre y dirección completa del último empleador			
Últimas Fechas de Empleo	De	A / último Día que Trabajó	

Escriba los miembros del hogar/dependientes del paciente	Fecha de Nacimiento	Relación	Empleador por

Activos

Renta casa ¿Tiene automóviles? Sí/No Si tiene, valor estimado: _____
 Propietario Valor estimado de propiedad _____ Marca: _____ Modelo: _____
 ¿Tiene otra propiedad? Sí/No Si tiene, valor estimado total 403(b) or 401(k): \$ _____
 Saldo de cuenta corriente \$ _____ Acciones/Bonos: \$ _____
 Saldo de cuenta de ahorros: \$ _____ Total de Activos: \$ _____

Ingresos Mensuales		Gastos Mensuales	
Sueldo - el mío	\$	Hipoteca/Renta	\$
Sueldo - de cónyuge	\$	Servicios Públicos	\$
Sueldo - otros integrantes del hogar	\$	Teléfono	\$
Trabajo por mi cuenta	\$	Comida	\$
Ayuda Pública	\$	Total financiado/otros préstamos	\$
Seguro Social	\$	Préstamos de Auto	\$
Compensación de Desempleo	\$	Seguro Médico	\$
Pensión Alimenticia/Manutención de Infantil	\$	Seguro de Auto	\$
Asignaciones de Familia Militar	\$	Medicamentos	\$
Pensiones	\$	Apunte otros gastos, por favor	\$
Ingresos de dividendos, intereses, alquileres	\$		\$
Cualquier otra fuente de ingresos	\$		\$
Total de Ingresos Mensuales del Hogar	\$		\$
			\$

Total de Gastos Mensuales	\$
----------------------------------	-----------

* Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son la verdad y correctas a mi mejor saber.

* Acepto decirle al proveedor de servicios de cualquier cambio de mis ingresos, propiedad, o gastos (o de las personas de parte de quienes actúo) o de las personas en el hogar, o cualquier cambio de dirección.

* Entiendo que, si no califico para ayuda financiera, seré personalmente responsable por cargos por servicios proporcionados por San Antonio Regional Hospital.

* Autorizo a San Antonio Regional Hospital a verificar la información provista y a revisar mi historia crediticia por medio de Experian u otra herramienta financiera para evaluar la presente solicitud de Ayuda Financiera.

Firma de Paciente/Solicitante

de Permiso de Conducir/Identificación

Fecha

Firma de Cónyuge

de Permiso de Conducir/Identificación

Fecha