

## Solicitud Para Asistencia Económica

### INSTRUCCIONES

1. Por favor llene *todas* las áreas en el formulario de solicitud adjunto. Si alguna de las áreas no aplica a usted, escriba N/A en el espacio proporcionado.
2. Si necesita más espacio para su respuesta a alguna de las preguntas adjunte una página adicional.
3. Usted *debe* proporcionar pruebas de sus ingresos al presentar esta solicitud. Se aceptan los siguientes documentos como prueba de ingresos:

- a. Dos (2) estados de cuentas bancarias consecutivos más recientes; debe incluir todas las páginas de cada estado de cuenta (incluyendo las páginas en blanco). Para todas las cuentas, de cheques (corriente) y de ahorros.

**Y**

- b. Dos (2) talones de cheque más recientes incluyendo del seguro social (carta de concesión es aceptable), manutención de menores, desempleo, incapacidad, pensión alimenticia o evidencia de cualquier otro pago depositado directamente en su cuenta bancaria. Si no está disponible; entonces;
  - c. La declaración de impuestos federales (formulario 1040) presentada del año más reciente, incluyendo todas las formas adjuntas como las presentó a la Hacienda Pública (IRS), Formulario W-2 federal que muestre su salario e ingresos;
  - d. Si le pagan sólo en efectivo, no tiene ingresos o no puede proporcionar la información solicitada anteriormente, favor de proporcionar una declaración por escrito que explique todas sus fuentes de ingreso y cómo se mantiene.
4. Es importante que llene, firme y presente la solicitud para asistencia económica con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de catorce (14) días.
  5. Su solicitud no puede ser procesada hasta que proporcione *toda* la información y/o documentos requeridos. **Si toda la información requerida no se recibe dentro de treinta (30) días de la fecha de la firma en la solicitud, puede que se le pida volver a presentar la solicitud con los documentos requeridos.**
  6. **Si está legalmente casado(a) usted y su conyugue *debe(n)* firmar y ponerle fecha a la solicitud.**
  7. Si tiene preguntas, favor de comunicarse con su Departamento de Servicio al Cliente al:
    - ▶ Long Beach Memorial, Miller Children's Hospital Long Beach, Orange Coast Memorial y Saddleback Memorial ..... 877-323-0043
    - ▶ Community Hospital Long Beach ..... 877-851-9718
  8. En cuanto haya llenado la solicitud, favor de regresarla con los documentos requeridos a:
    - ▶ MemorialCare , ATTN: FAA, P.O. Box 20894, Fountain Valley, Ca 92728-0894

## Solicitud Para Asistencia Económica

- Long Beach Memorial   
  Miller Children's Hospital Long Beach   
  Orange Coast Memorial  
 Saddleback Memorial-Laguna Hills   
  Saddleback Memorial-San Clemente

**NÚMERO DE CUENTA(S):** \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE/ FIADOR		NOMBRE DEL ESPOSO(A)	
DOMICILIO		TELÉFONO	
		Casa	
		Trabajo	
<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>			
Paciente/Fiador		Espos(a)	

<b>SITUACIÓN FAMILIAR</b>		
Liste a todos los dependientes que usted mantiene		
Nombre	Edad	Parentesco

<b>SITUACIÓN DE EMPLEO</b>	
Empleador del paciente/fiador	Posición
Persona de contacto	Teléfono
Empleador de la esposa(o)	Posición

<b>INGRESOS</b>

	Paciente/Fiador	Esposa(o)
1. Ingreso y salario en bruto (antes de las deducciones)		
2. Ingresos como trabajador por cuenta propia		
Otros Ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Alquiler o arrendamiento de inmuebles		
5. Seguro social		
6. Pensión alimenticia		
7. Manutención para menores		
8. Desempleo/Incapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas otras Fuentes (anexe la lista)		
Ingreso total (sume las líneas del 1 al 10 arriba)		

<b>BIENES</b>		
<b>Favor de proporcionar un cálculo correcto del valor de los bienes que usted posee. También indique cuánto debe en cualquier deuda pendiente vinculada con cada uno de los bienes</b>		
Bienes	Valor	Cantidad que debe
1. Domicilio principal		
2. Otro inmueble (anexe una lista)		
3. Vehículos motorizados (anexe una lista)		
4. Otra propiedad personal		
5. Cuentas e inversiones bancarias		
6. Planes de jubilación		
7. Otros bienes (anexe una lista)		
Cantidad total (sume las líneas del 1 al 7 arriba)		

Al firmar a continuación, yo/nosotros testificamos que toda la información que ha sido proporcionada es verdadera y correcta a mi/nuestro mejor entendimiento. Yo/Nosotros autorizamos que Memorial Health Services verifique cualquier información listada en esta solicitud. Yo/Nosotros les concedemos abiertamente la autorización para comunicarse con mi/nuestro empleador, instituciones de banco y de préstamos. Además se puede obtener mi/nuestro informe de crédito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/fiador

\_\_\_\_\_  
Firma del esposo(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha