

Solicitud de Ayuda Financiera

Información del solicitante (garante)

Nombre _____ fecha de nacimiento del solicitante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Número de móvil _____ Número de casa _____

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo

Información de los cosolicitantes

Nombre del cónyuge/pareja de hecho _____ fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Información sobre la familia (hogar)

Nombre, segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante
1		
2		
3		
4		

Ingresos

Solicitante		Co-solicitante	
Ingresos brutos	\$	Ingresos brutos	\$
Seguridad Social / SSI / SSDI	\$	Seguridad Social / SSI / SSDI	\$
Asistencia Pública	\$	Asistencia Pública	\$
Ingresos de propiedades en alquiler	\$	Ingresos de propiedades en alquiler	\$
Jubilación/Pensión	\$	Jubilación/Pensión	\$
Compensación laboral	\$	Compensación laboral	\$
Desempleo	\$	Desempleo	\$
Manutención de los hijos	\$	Manutención de los hijos	\$
Otros	\$	Otros	\$
Total	\$	Total	\$

Gastos

Solicitante		Co-solicitante	
Seguro de vida	\$	Seguro de vida	\$
Gastos médicos	\$	Gastos médicos	\$
Otros	\$	Otros	\$
Impuesto sobre la propiedad	\$	Impuesto sobre la propiedad	\$
Teléfono/Teléfono móvil	\$	Teléfono/Teléfono móvil	\$
Servicios públicos	\$	Servicios públicos	\$
Total	\$	Total	\$

Solicitud de Ayuda Financiera

Reconocimiento y firma

CESIÓN DE DERECHOS

Al firmar a continuación, declaro, bajo pena de perjurio, que la información y declaraciones contenidas en esta Solicitud de Asistencia Financiera, junto con toda la documentación presentada, son precisas, verdaderas y correctas.

Entiendo que el Hospital Hoag puede solicitar razonablemente información adicional y verificación si es necesario.

Reconozco que la información y declaraciones que he proporcionado serán mantenidas confidenciales por el Hospital Hoag.

Entiendo que completar esta solicitud permite a Hoag considerar mi situación.

También entiendo que Hoag no garantiza que la ayuda financiera esté garantizada.

Yo/Nosotros certificamos la información anterior y le autorizamos voluntariamente a obtener información crediticia relacionada conmigo/nosotros.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cosolicitante

Fecha

Solicitud y documentos requeridos

Por favor, seleccione a qué solicita: ☐ Descuento ☐ Asistencia Financiera (Atención Benéfica)

Hoag utiliza una sola aplicación tanto para pagos con descuento como para asistencia financiera (atención benéfica). Es importante saber que si solo solicitas un pago con descuento, podrías recibir un descuento menor que el que podrías obtener a través del programa de atención benéfica. La cantidad de ayuda que recibas dependerá del programa para el que cumplas los requisitos.

Además de la solicitud de Asistencia Financiera, deben presentarse los siguientes documentos:

- Dos (2) recibos de nómina para cada persona en tu hogar que perciba un salario, o una declaración de la renta 1040 del año en que se le facturó al paciente por primera vez, o de los 12 meses previos a la fecha de facturación. Asegúrate de incluir todos los horarios y anexos.
- Una copia de tu último cheque de alquiler cancelado, contrato de arrendamiento o pago de la hipoteca. Si alguien, como un familiar o amigo, te está dando un lugar donde vivir o te ayuda con tus ingresos, puedes entregar una declaración escrita de su parte.

Por favor, envía tu solicitud y todos los documentos requeridos utilizando una de estas opciones:

- **Fax seguro:** 949-764-7031
- **Correo electrónico:** PFS@hoag.org
- **Correo:**
Servicios Financieros para Pacientes 2975 Red Hill Ave, Suite 200 Costa Mesa, CA 92626

Solicitud de Ayuda Financiera

Una vez que recibamos tu solicitud completa, te enviaremos una decisión por escrito en un plazo **de 30 días**.

Si tiene preguntas o quiere hablar sobre su cuenta, por favor llame **al 949-764-8400**.

Nuestro horario de oficina es **de lunes a viernes, de 8:00 a 16:30**.