



FINANCIAL ASSISTANCE

ASISTENCIA FINANCIERA

La misión de Hoag Hospital como organización no-lucrativa, basada en la Fe, es proveer la más alta calidad de servicios médicos a nuestra comunidad. Nuestro programa de asistencia financiera refleja nuestro compromiso hacia nuestros pacientes que reciben servicios en nuestros hospitales o instalaciones. Proveer a nuestros pacientes con oportunidades con cobertura de asistencia financiera para servicios médicos es esencial en cumplir nuestra misión.

Adjunta a esta carta, usted encontrará una solicitud para permitir evaluar su elegibilidad para el programa de asistencia financiera de Hoag. Si su situación económica cumple la elegibilidad establecida por el programa de asistencia financiera de Hoag, usted puede ser elegible para el perdón total o parcial de la deuda.

Para procesar esta solicitud se requiere:

- ✓ La solicitud adjunta completada en su totalidad
- ✓ Usted debe firmar y fechar la Solicitud de Asistencia Financiera. Si el paciente / garante y / o cónyuge proporcionan información, ambos deben firmar la solicitud
- ✓ Copia de su más reciente pago de alquiler cheque cancelado, contrato de arrendamiento o hipoteca
- ✓ Copia de los últimos dos (2) talones de pago para cualquier salario ganado contribuyente a los ingresos del hogar
- ✓ Copias de los dos últimos estados de cuenta bancarios (cuenta de cheque y/o ahorros)
 - Favor de incluir todas las páginas
- ✓ Copia de su discapacidad, estado de cuenta del pago del seguro social, el aviso de desempleo de los beneficios elegibles y/o estado de cuenta reflejando depósitos
- ✓ Si usted no tiene una fuente de ingresos o prueba de los documentos de ingreso, por favor proporcione una carta explicando cómo mantenerse a sí mismo y a su familia.
- ✓ Escrito, firmado declaración de un familiar o amigo que está proporcionando su alojamiento y comida y / o ingresos.
- ✓ Copia de su última declaración de impuestos 1040 o W2, incluyendo todos los anexos y adjuntos aplicables presentadas ante el Servicio de Impuestos Internos
 - Carta del Seguro Social demostrando ingresos
 - Prueba de que no declaró impuestos con el IRS (llame al 800-829-1040 para obtener una copia) O adjunte una carta explicando que no puede
 - Si no tiene algún documento requerido, favor de aportar una carta firmada explicando por qué no ha presentado una declaración de impuestos federal o ha solicitado una prórroga de los impuestos.
- ✓ Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder a cualquier pregunta

Nos damos cuenta de que sus ingresos de los registros de impuestos anteriores pueden no reflejar adecuadamente sus circunstancias actuales. Si es así, por favor incluya una breve nota que describa su situación financiera actual.

Es importante que usted complete y envíe la solicitud de Asistencia Financiera una vez completado, junto con todos los documentos requeridos dentro de los quince (15) días. Por favor enviar su Solicitud de Asistencia Financiera a:

- ✓ **Fax:** 949-764-7031
- ✓ **Por Correo: Hoag Patient Financial Services**
2975 Red Hill Ave Suite 200
Costa Mesa, CA 92626-1210
- ✓ **Por correo electrónico:** PFS@Hoag.org

Una vez revisada su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por escrito dentro de los siguientes 30 días de recibo. Si usted tiene preguntas sobre su estado de cuenta o tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con nosotros al 949-764-8400. Nuestro horario de atención es de lunes - Viernes, de 8:00 AM a 5:00 PM.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Cónyuge / pareja		Fecha de Nacimiento
Domicilio		Ciudad		Estado Código postal
Tiempo en dicha dirección ____ Renta ____ Alquile propios ____ Años ____ Meses		Condado	Estado civil __ Casado/a Soltero __ Divorciado/a Viudo/a	
Número de teléfono celular	Teléfono de trabajo	Teléfono de casa	Teléfono celular de su Esposo/a	Teléfono de empleado de su Esposo/a
Por favor escriba TODAS las personas que viven en su hogar; incluyendo dependientes (Se adjunta una hoja adicional si es necesario)				
Apellido	Primer Nombre	Iniciales del segundo	Fecha de Nacimiento	Relación con el solicitante
1				
2				
3				
4				
Usted		Esposo/a		
Número de seguro social		Número de seguro social		
Empleado		Empleado		

Información Demográfica

Dirección del Empleador		Dirección del Empleador	
Ocupación		Ocupación	
Duración del empleo ____Años ____Meses ____Horas Semanales		Duración del empleo ____Años ____Meses ____Horas Semanales	

Ingresos: Representa los ingresos totales en efectivo de todas las fuentes <u>antes de impuestos</u>			
Sus Ingresos		Ingreso de su esposo/a	
Ingreso antes de impuestos		Ingreso antes de impuestos	
Seguro Social /SSI/SSDI		Seguro Social /SSI/SSDI	
Asistencia Pública		Asistencia Pública	
Ingresos para propiedad de alquiler		Ingresos para propiedad de alquiler	
Jubilación / Pension		Jubilación / Pension	
Pago de Worker's comp/compensación de accidente de trabajo		Pago de Worker's comp/compensación de accidente de trabajo	
Desempleo		Desempleo	
Manutención de los hijos		Manutención de los hijos	
Otro tipo de ingreso		Otro tipo de ingreso	
TOTAL		TOTAL	

Ingreso mensual combinado antes de impuestos:					
Cuenta de cheque		Efectivo en Mano		Plan de Jubilación	
Ahorros		Cuenta de Fideicomiso		Hipotecaria con garantía	
Bolsa de valores/ Bonos		cooperativa de crédito		Otro	
Pago de Casa / Renta		Seguro de Auto		Seguro de vida	Seguro de Salud
Contribución de propiedad		Teléfono / Celular		Comida	Agua y Alcantarillado / el albañal
Seguros sobre la propiedad		Pago de vehículo		Guardería de niños	Gastos Médicos

Gas	Pago de vehículo	Gastos de Manutención de Niños	Otros / Especifica:	
Electricidad			TOTAL	

DOCUMENTOS NECESARIOS:

- (i.e. es decir, 2 Talones de pago de cada asalariado, SS , SSI, SSDI , Asistencia Pública , Alquiler de Ingresos , Jubilación , Pensión, Beneficios VA , Desempleo, Compensación al Trabajador , manutención, pensión alimenticia o Otros)
- ___ Prueba de ingresos
 - ___ Copia de su última declaración de impuestos 1040, incluyendo todos los anexos y adjuntos aplicables.
 - ___ Copia de dos (2) estados de cuenta bancarios (cheques / ahorro) Todas las páginas.
 - ___ Copia de su más reciente pago de alquiler cheque cancelado, contrato de arrendamiento o hipoteca.
 - ___ Copia de su más reciente pago de alquiler cheque cancelado, contrato de arrendamiento o hipoteca.

CESIÓN DE DERECHOS

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información y las afirmaciones contenidas en esta solicitud de asistencia financiera y toda la documentación que presento son exactos verdaderos y correctos. Por la presente se autoriza a evaluar la información para consideración al programa de asistencia financiera.

Entiendo que Hoag Hospital puede hacer razonable solicitud de información adicional y verificación es necesaria. Yo (Nosotros) certifico que la información proveída y voluntariamente autorizo que se obtenga informes de crédito sobre de mi/nosotros.

Entiendo que la finalización de la aplicación le permitirá a Hoag considerar mis circunstancias.
 Entiendo Hoag no garantiza que la asistencia financiera será aprobada.
 Entiendo que la finalización de la aplicación le permitirá a Hoag considerar mis circunstancias.

Firma

Fecha

Firma

Fecha