



**METHODIST HOSPITAL**  
*of Southern California*

**SOLICITUD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de cuenta \_\_\_\_\_

Paciente/fiador (Información de la parte responsable):

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nombre de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/país de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Pareja doméstica

Información del cónyuge/pareja doméstica:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar (incluidos usted, su cónyuge o pareja doméstica y todos los dependientes):  
\_\_\_\_\_

Enumere todos los miembros del hogar que dependen de usted financieramente:

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DE METHODIST HOSPITAL

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Estado laboral:

¿El paciente trabaja actualmente?  Sí  No

Empleador: \_\_\_\_\_

¿El cónyuge/la pareja doméstica trabaja actualmente?  Sí  No Empleador:

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN A: INGRESOS BRUTOS MENSUALES ACTUALES** (Debe reportar todos los ingresos del hogar).

Si los ingresos del hogar son cero, coloque sus iniciales aquí \_\_\_\_\_ y proporcione una breve explicación de su situación financiera:

\_\_\_\_\_

¿Quién es el principal asalariado del hogar? (marque uno)  Paciente   
Cónyuge/otro

Sueldos/salarios <b>brutos</b> mensuales (antes de impuestos)	\$ _____	\$ _____
Ingresos monetarios (sin incluir regalos)	\$ _____	\$ _____
Ingresos <b>brutos</b> del Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos: <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos estatales por incapacidad	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención de menores \$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos por propiedades en alquiler	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otras fuentes (describa)	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
<b>Ingresos mensuales totales:</b>	\$ _____	\$ _____

**SECCIÓN B: ACTIVOS** (VALOR DE MERCADO DE LAS COSAS QUE POSEE)

Cuenta monetaria Banco _____ N.º de cuenta _____	\$ _____
Cuenta de ahorros: Banco _____ N.º de cuenta _____	\$ _____
Otras cuentas: Banco _____ N.º de cuenta _____	\$ _____
Valor de la casa:	\$ _____
Valor de otros bienes inmuebles (explique): _____	\$ _____
Negocio propio: _____	\$ _____
Franquicia: _____	\$ _____
Otros bienes: _____	\$ _____
<b>Total de activos:</b>	\$ _____

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DE METHODIST HOSPITAL

**SECCIÓN C: GASTOS MÉDICOS**

---

*(Si los ingresos de su hogar superan el 350 por ciento de los Lineamientos federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) o si presenta su solicitud debido a circunstancias especiales, debe llenar esta sección. Se deben proporcionar copias de recibos o facturas detalladas).*

Gastos médicos de desembolso directo que se deben o que se pagaron en los últimos 12 meses:

- Visitas al hospital o clínica: \$ \_\_\_\_\_
- Medicamentos recetados: \$ \_\_\_\_\_
- Otros gastos (describa): \$ \_\_\_\_\_

**SECCIÓN D: EVALUACIÓN DE MEDI-CAL** (si actualmente no tiene Medi-Cal debe llenar esta sección).

---

Si ya solicitó Medi-Cal y tiene una carta pendiente, denegación o aprobación reciente, por favor inclúyala con su solicitud llena de Ayuda Financiera.

Si responde Sí a cualquiera de las siguientes preguntas, comuníquese con su Oficina de Seguro Social del condado.

- ¿Es usted menor de 21 o mayor de 65? .....  Sí  No
- ¿Actualmente está inscrito en Seguridad de ingreso suplementario (SSI)/Pago suplementario estatal (SSP) o Seguro por incapacidad del Seguro Social?.....  Sí  No
- ¿Está inscrito en CalWorks (AFDC), Asistencia monetaria para inmigrantes o refugiados (ECA/RCA), Programas de ayuda para adopción o atención en hogares sustitutos, o Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)? .....  Sí  No
- ¿Es usted legalmente ciego? .....  Sí  No
- ¿Está usted incapacitado de manera permanente? .....  Sí  No
- ¿Está embarazada o estuvo embarazada en los últimos tres meses.....  Sí  No
- ¿Le han diagnosticado cáncer de seno, de próstata o cervical?.....  Sí  No
- ¿Será transferido a un centro de enfermería especializada o atención intermedia en el hogar?.....  Sí  No
- ¿Tiene hijos menores de 21 (incluidos los hijos no nacidos o adoptados) en el hogar? .....  Sí  No
  - Si la respuesta es Sí:      ¿Los padres de alguno de los hijos están ausentes o fallecieron? .....  Sí  No
    - ¿Los padres de alguno de los hijos están permanentemente incapacitados? .....  Sí  No
    - ¿El principal asalariado está desempleado o trabaja menos de 100 horas al mes? .....  Sí  No

**SECCIÓN E: DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS PENDIENTE**

---

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DE METHODIST HOSPITAL

Si no cuenta con documentos de ingresos, su declaración firmada en esta solicitud **podría** satisfacer el requisito de verificación de ingresos si cumple con cualquiera de los siguientes criterios:

- Mi empleador no me entrega un recibo de pago formal.
- No tengo ingresos. (si marca esta casilla, debe proporcionar una explicación escrita de su situación financiera).
- No tuve la obligación de presentar una declaración de impuestos federal o estatal para el año fiscal más reciente.

**SECCIÓN F: ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN DE INFORME DE CRÉDITO**

---

Por este medio declaro bajo pena de perjurio que (i) toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en todos los aspectos, y que todos los documentos adjuntos son copias fieles de los documentos originales, o (ii) No puedo proporcionar documentos de constancia de ingresos ni otra evidencia de mis ingresos. Autorizo a los empleados y agentes de Methodist Hospital of Southern California (MHSC) para que investiguen y verifiquen la información que le he proporcionado, incluido el historial de crédito y empleo, con el propósito de determinar mi elegibilidad para participar en el Programa de ayuda financiera. Además reconozco y acepto que tengo una obligación con MHSC por cualquiera y todos los montos adeudados a MHSC por bienes y servicios médicos que no cubre el Programa de ayuda financiera (los montos restantes).

Firma del solicitante/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge del solicitante/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_