



Hazel Hawkins
MEMORIAL HOSPITAL

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Póliza:

Este programa está diseñado para proporcionar ayuda financiera a personas sin seguro médico o ayuda de programas del gobierno.

Requisitos:

- Solicitud financiera completa
- 3 meses de talones de cheques o ingresos
- Declaración de impuestos recientes (últimos dos años)
- Negación válida del programa Medi-cal o Cover California
- Declaración sobre los activos monetarios (cuentas de banco, ahorros, inversiones, etc...)

Aviso: El proceso de aplicación no garantiza que usted será aprobado para el programa de asistencia financiera. Algún tipo de pago debe hacerse cada mes hasta que sea aprobada la aplicación.

Firma: _____ Fecha: _____

NOMBRE DE SOLICITANTE: _____

NOMBRE DE LA ESPOSA: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

Familia (nombre de sus dependientes)

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>
_____	_____	_____	___ F ___ M
_____	_____	_____	___ F ___ M
_____	_____	_____	___ F ___ M
_____	_____	_____	___ F ___ M
_____	_____	_____	___ F ___ M
_____	_____	_____	___ F ___ M
_____	_____	_____	___ F ___ M

Tamaño de Familia

(Añadir solicitante y dependientes): _____

Empleo y Ocupación

Empleador de Solicitante: _____ Posición: _____

Supervisor y Teléfono: _____

Es un mismo empleador, nombre de negocio: _____

Empleo de Pareja: _____ Posición: _____

Supervisor y Teléfono: _____

Es un mismo empleador, nombre de negocio: _____

Ingreso actual (seleccione una) Semanal ___ Mensual ___ Anual ___ Otro ___

<u>Categoría</u>	<u>Aplicante</u>	<u>Pareja</u>	<u>Otros miembros de familia</u>
Salario antes de deducciones:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Asistencia Pública:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro Social:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación de desempleo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención de los hijos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Asignaciones Militares:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos divididos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Renta:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Gastos Médicos

Total, de costo incurrido de su bolsillo al Hospital Hazel Hawkins en los últimos 12 meses.
\$ _____

Total, de cuentas medicas pagadas de solicitante y familia (incluyendo Hospital, consultas médicas, medicamentos y otros servicios médicos) en los últimos 12 meses.
\$ _____

Requisitos:

- Solicitud financiera completa
- 3 meses de talones de cheques
- Declaración de impuestos recientes (últimos dos años)
- Negación validez del programa Medi-cal O Cover California
- Declaración sobre los activos monetarios (cuentas de banco, ahorros, inversiones, etc...)

Aviso El proceso de aplicación no garantiza que usted será aprobado para el programa de asistencia financiera. Algún tipo de pago debe hacerse cada mes hasta que sea aprobada la aplicación

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de Pareja: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva su aplicación por medio de :

Correo: _____ **o** **Correo electrónico:** BusinessOffice@hazelhawkins.com

Hazel Hawkins Hospital
Business Office
911 Sunset Drive
Hollister, CA 95023