

Solicitud de Asistencia Financiera

Devolver a:

Palomar UCSD Health Authority
PO Box 746254
Los Ángeles, CA 90074

Fin (Cuenta) #	
----------------	--

Por favor, proporcione uno o más de lo siguiente:

A. Formulario W2 del IRS, Declaración de Salarios e Ingresos para todos los miembros del hogar

B. Últimos dos talones pago de todos los ingresos del hogar

C. Declaraciones de impuestos del año anterior

Y/O Proporcione una copia de uno de los siguientes

A. Asistencia gubernamental, Seguro Social o Compensación de Trabajadores

B. Carta de compensación por desempleo

Información del Paciente:

Nombre del Paciente	
Fecha de Nacimiento	
Nº de Seguro Social	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	
Teléfono	

Estado Familiar:

Enumere todos los dependientes que están a su cargo: (si corresponde)

Por favor, marque la casilla si no hay dependientes: ☐

Nombre	Edad	Relación

Estado Laboral:

Empleo y ocupación: (si corresponde)

Marque la casilla si está desempleado: ☐

Nombre del Empleador	
Cargo	
Número de Teléfono del Empleador	
Duración del Empleo	
Dirección del Empleador	
Ciudad, Estado, Código postal	

Si es Trabajador Independiente, Nombre del Negocio:

Ingresos Mensuales Actuales:

	Paciente/Responsable	Espos/a
Salario Bruto		
Ingreso Mensual Combinado Total		
Total Gastado en Atención Médica en los Últimos 12 Meses		

Al firmar esta solicitud, acepto permitir que Palomar UCSD Health Authority se comunice con mi empleador, banco y otras fuentes, así como solicitar un historial crediticio con el fin de determinar mi elegibilidad para la Atención Benéfica. Entiendo que, si no califico para los servicios según las pautas de Atención Benéfica, seré personalmente responsable de los cargos de los servicios prestados por Palomar UCSD Health Authority. Entiendo que estoy participando en una transacción de crédito. Autorizo a Palomar UCSD Health Authority y/o a un agente de Palomar UCSD Health Authority a acceder a mi perfil de crédito personal, puntaje de crédito o cualquier otra información disponible de una agencia de informes de crédito calificada.

Firma:

Nombre Impreso:

Relación con el paciente si firma otra persona que no sea el paciente:

Fecha:
