

Martin Luther King Jr. Community Hospital

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente _____ Número de cuenta del paciente _____

Número de teléfono _____ Número de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento (Mes/día/año) _____

Empleado Empleador (Nombre, dirección y número de teléfono) _____
 Desempleado

Nombre del cónyuge _____ Número de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento (Mes/día/año) _____

A. Ingresos: proporcione el ingreso para cada una de las siguientes personas que vive con usted..

		Póngale un círculo a una de las siguientes opciones.			Póngale un círculo a una de las siguientes opciones.
Paciente	\$ _____	/Hora /Semana /Mes /Año	Padre del paciente (si el paciente es un menor)	\$ _____	/Hora /Semana /Mes /Año
Cónyuge	\$ _____	/Hora /Semana /Mes /Año	Madre del paciente (si el paciente es un menor)	\$ _____	/Hora /Semana /Mes /Año

Ingreso familiar total anual: \$ _____

B. Miembros de la familia: proporcione el número de personas (número de dependientes enumerados en la declaración de impuestos).

C. Verificación de ingresos: proporcione los siguientes tipos de documentación para verificar su ingreso.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Formulario W-2 del IRS (Servicio de Impuesto Internos) • Talón de cheque • Declaración de impuestos • Estados de cuenta bancaria • Verificación del empleador • Cartas de determinación de compensación por desempleo • Prueba de participación en un Programa de asistencia gubernamental que no sea AFDC, Medical, CCS y cupones para alimentos • Seguridad Social o Cartas de determinación de compensación del trabajador • Carta del RSDI | <ul style="list-style-type: none"> • Otros, describa:
_____ _____ _____ • Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos enumeradas en la Sección C, explique por qué esta información no está disponible:
_____ _____ _____ |
|--|--|

D. Residencia:

Proporcione el condado y estado de residencia de su grupo familiar (en donde tiene su hogar permanente) o donde piensa residir en caso de que no tenga un hogar permanente:

Condado: _____ Estado: _____

Marque todas las opciones que apliquen a su situación.

- _____ No soy un residente actual del Condado de Los Ángeles.
- _____ Estudiante menor de edad mantenido principalmente por sus padres y que vive fuera del Condado de Los Ángeles.
- _____ Paciente o residente de una institución operada por una agencia estatal o federal.
- _____ Paciente o residente de una escuela estatal
- _____ Se mudó al Condado de Los Ángeles solo para obtener asistencia para la atención de la salud.

Prueba de residencia o intención de residencia incluye dos de las siguientes: correo enviado a usted, su cónyuge o hijos; registros de votación; registro de automóvil; licencia de conducir u otra identificación personal, registros de inscripción a escuela; recibos de impuesto a la propiedad; o recibos de alquiler, pago de hipoteca y servicios públicos.

Entiendo que Martin Luther King Community Hospital (MLKCH) puede verificar la información financiera contenida en la Solicitud de Asistencia Financiera ("Solicitud") en conexión con la evaluación de MLKCH de esta Solicitud y, por medio de mi firma en este documento, autorizo a que mi empleador certifique la información provista en esta Solicitud. También autorizo a que MLKCH solicite informes de agencias de informes crediticios y de la Administración de Seguridad Social. Soy consciente de que la falsificación de información de esta Solicitud puede resultar en el rechazo al derecho de recibir asistencia financiera.

Firma del paciente o Parte responsable

Fecha

Firma del empleado del hospital si algún empleado del hospital completó una parte de la Solicitud para recibir asistencia financiera.

Fecha

N.º de referencia de la póliza (Fecha de creación)