

CITY OF HOPE
FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA

Instrucciones

Como parte de nuestro compromiso de servir a la comunidad, City of Hope opta por brindar asistencia financiera a pacientes indigentes que cumplan con determinados requisitos.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal; se espera que las familias de los pacientes colaboren proporcionando información completa y precisa de modo tal que City of Hope pueda determinar si un paciente califica para nuestro programa de asistencia financiera y colaborar con el costo de la atención del paciente basándose en la capacidad de pago de cada uno.

Alentaremos tanto a las personas que califican para solicitar asistencia pública como a las personas con capacidad de comprar un seguro de salud a que obtengan uno como forma de garantizar su acceso a los servicios de atención médica.

Para determinar si un paciente califica para la asistencia, es necesario que obtengamos determinada información financiera. Su colaboración nos permitirá tener debidamente en cuenta su solicitud de asistencia financiera.

Le pedimos que presente la información que se indica a continuación y copias de la documentación de respaldo junto con su Formulario de evaluación económica para atención caritativa:

- Formulario W-2 del IRS y Declaración de ingresos de todos los ingresos familiares
Últimos dos recibos de sueldo _
- Estados de cuenta bancarios más recientes _____
- Declaración de impuesto a la renta del año fiscal anterior
- Elegibilidad para asistencia gubernamental, seguro social o compensación del trabajador
- Carta de compensación por desempleo o discapacidad
- Pagos recibidos por pensión alimenticia o manutención
- Comprobante de residencia en EE. UU. (pasaporte de EE. UU., "Green Card" [tarjeta verde] o visa, licencia de conducir, tarjeta del seguro social, etc.)
- Carta notariada que indique a un familiar o amigo como apoyo del paciente

En caso de que no haya un comprobante de ingresos disponible, comuníquese con nuestra oficina para recibir más instrucciones.

Las solicitudes sin comprobantes de ingresos se considerarán incompletas y no se procesarán.

Nombre del paciente	Nombre del cónyuge
_____	_____
Dirección	Teléfono
_____	_____
_____	_____
N.º del Seguro Social del paciente	N.º del Seguro Social del cónyuge
_____	_____

CITY OF HOPE
FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA

A: Situación familiar (mencione a todos los dependientes a quienes mantiene)

Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Relación _____

Tamaño total de la familia: _____

B: Empleo y ocupación

	Paciente	Cónyuge
Empleador	_____	_____
Cargo	_____	_____
Persona de	_____	_____
Teléfono de	_____	_____
Si trabaja por su propia cuenta, nombre del negocio	_____	_____

C: Ingreso mensual actual

	Aval	Cónyuge
1. Remuneración bruta por su empleo	_____	_____
2. Ingresos por operación de negocio (trabajo por su cuenta)	_____	_____
3. Otros ingresos	_____	_____
a. Intereses y dividendos	_____	_____
b. Por inmuebles o propiedades alquiladas	_____	_____
c. Seguro social	_____	_____
d. Desempleo	_____	_____
e. Discapacidad	_____	_____
f. Pagos recibidos por pensión alimenticia o manutención	_____	_____
TOTAL (sume todo)	_____	_____

D: Descuentos

	Aval	Cónyuge
1. Pensión alimenticia o manutención pagadas	_____	_____

E: Ingreso mensual total

	Aval	Cónyuge
Total en casilla C menos total en casilla D	_____	_____

Al firmar este formulario, acepto/aceptamos permitir a COHNMC verificar los antecedentes laborales y crediticios con el fin de determinar si soy elegible para atención caritativa.

Declaro/declaramos que todas las afirmaciones de esta solicitud son verdaderas, a mi/nuestro leal saber y entender.

_____ Firma del paciente o del aval _____ Fecha

_____ Firma del cónyuge o pareja doméstica _____ Fecha

CITY OF HOPE
 FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA
 PARA ATENCIÓN CARITATIVA

Formulario de declaración de activos
 Programa de ayuda para atención caritativa de City

Fecha de hoy: _____
 Nombre del _____
 N.º de _____

	Valor actual	Posesión en calidad de dueño o beneficiario	Posesión conjunta o solidaria c/otra persona Porcentaje de posesión	Si no tiene posesión en calidad de dueño, declare a nombre de quién está y qué relación tiene con el miembro	¿Cómo lo obtuvo? (Compra, alquiler con opción a compra, obsequio, herencia)
Bienes inmuebles:					
Propiedades inmobiliarias					
Tierras					
Bienes muebles:					
Vehículos sin ser el primario					
Motocicleta					
Alhajas					
Vehículos recreativos					
Otras inversiones					
Inversión en bancos					
Inversión en mercado bursátil					
Inversión en empresas					
Pólizas de seguro					
Total:					

Declaro/declaramos que todas las afirmaciones de este formulario son verdaderas a mi/nuestro leal saber y entender.

 Firma del paciente o del aval Fecha

 Firma del cónyuge o pareja doméstica Fecha