

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA
PARA LA ATENCIÓN CARITATIVA DE CITY OF HOPE

Instrucciones

Como parte de nuestro compromiso de atender a la comunidad, City of Hope decide brindar asistencia financiera a los pacientes sin recursos que satisfacen determinados requisitos.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal y se espera que las familias de los pacientes colaboren proporcionando información completa y precisa para que City of Hope pueda determinar la elegibilidad del paciente para nuestro programa de asistencia financiera y contribuir con el costo de la atención del paciente conforme a la capacidad de pago del individuo.

Se les recomendará a las personas que son elegibles para solicitar la asistencia pública, y también a las personas que tienen la capacidad de comprar un seguro de salud, que lo hagan como forma de garantizar el acceso a los servicios de atención médica.

Para determinar si un paciente califica para la asistencia financiera necesitamos obtener determinada información financiera. Su colaboración nos permitirá considerar debidamente su solicitud de asistencia financiera.

Proporcione la siguiente información y copias de la documentación de apoyo con su Formulario de evaluación financiera para la atención caritativa.

- Formulario W-2 del IRS y Declaración de ingresos de todos los ingresos familiares
- Últimos dos recibos de sueldo para _____
- Estado(s) de cuenta bancaria más reciente(s)
- Declaración de impuestos sobre 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 manutención o pensión alimenticia
- Prueba de residencia estadounidense (pasaporte estadounidense, permiso o visa de residencia, licencia de conducir, tarjeta del seguro social, etc.)
- Carta notarial que indique un familiar/amigo que respalda al paciente

En caso de que no disponga de una verificación de ingresos, comuníquese con nuestra oficina para recibir más indicaciones.

Las solicitudes que no tengan una verificación de ingresos se consideran incompletas y no serán procesadas.

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

Para recibir ayuda para completar el Formulario de evaluación financiera para la atención caritativa, comuníquese con un asesor financiero a:

1500 E. Duarte Road, Duarte CA, 91010 o llame al: 626-218-9201 o _____

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA
PARA LA ATENCIÓN CARITATIVA DE CITY OF HOPE

A: Situación familiar (indique todos los dependientes que mantiene)

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

Cantidad total de integrantes de la familia: _____

B: Empleo y ocupación

	Paciente	Cónyuge
Empleador		
Cargo		
Persona de		
Teléfono de		
Si es trabajador independiente, Nombre de la empresa:		

C: Ingresos mensuales actuales

	Garante	Cónyuge
1. Salario bruto del empleo		
2. Ingresos del negocio operativo (autónomo)		
3. Otros ingresos		
a. Intereses y dividendos		
b. De bienes raíces o propiedades en alquiler		
c. Seguro social		
d. Desempleo		
e. Discapacidad		
f. Pagos recibidos por manutención o pensión alimenticia		
TOTAL (Sumar)		

D: Deducciones

	Garante	Cónyuge
1. Pagos efectuados por manutención o pensión alimenticia		

E: Ingresos mensuales totales

	Garante	Cónyuge
El total del recuadro C menos el total de recuadro D		

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA
PARA LA ATENCIÓN CARITATIVA DE CITY OF HOPE

Al firmar este formulario, acepto autorizar a que COHNMC verifique los antecedentes laborales y crediticios con el fin de determinar mi elegibilidad para la atención caritativa.

Afirmo que a mi leal saber y entender toda la información declarada en esta solicitud es correcta.

Firma del paciente o garante	Fecha
Firma del cónyuge/pareja de hecho	Fecha

CITY OF HOPE
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ATENCIÓN CARITATIVA

Formulario de declaración de bienes

Fecha de hoy: _____

Programa de Asistencia de Atención Caritativa de City of Hope

Nombre del paciente: _____

N.º de historia clínica: _____

Indique el valor de todos los activos excluyendo la residencia principal y los vehículos que utiliza para la vida diaria (es decir, trabajo, escuela, citas médicas). No incluya los montos depositados en los planes de jubilación o compensación diferida del paciente, como 401k, cuenta de jubilación individual (IRA), etc.

	Valor actual	Lo tiene como propietario o beneficiario	Lo tiene de forma mancomunada o solidaria con otra persona % compartido	Si no se tiene a nombre del propietario, indicar a nombre de quién y relación con el miembro	¿Cómo se adquirió? (Compra, arrendamiento, donación, herencia)
Bienes:					
Bienes raíces					
Tierras					
Bienes muebles:					
Vehículos además del principal					
Motocicleta					
Joyas					
Vehículos recreativos					
Otras inversiones					
Inversiones en bancos					
Inversiones en mercados de valores					
Inversiones en empresas					
Pólizas de seguro					
Total:					

Afirmo que a mi leal saber y entender toda la información declarada en este formulario es correcta.

Firma del paciente o garante

Fecha

Firma del cónyuge/pareja de hecho

Fecha