

CITY OF HOPE  
FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Instrucciones

Como parte de nuestro compromiso de atender a la comunidad, City of Hope brinda asistencia financiera a los pacientes que tienen necesidades económicas y cumplen 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 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.

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

- 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.**

<b>Nombre del paciente</b> _____	<b>Nombre del cónyuge</b> _____
<b>Dirección</b> _____ _____	<b>Teléfono</b> _____
<b>N.º del Seguro Social del paciente</b> _____	<b>N.º del Seguro Social del cónyuge</b> _____

Si necesita ayuda para completar el Formulario de evaluación para la asistencia financiera, comuníquese con los Servicios de Autorización Financiera en:

CITY OF HOPE  
FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

1500 E. Duarte Road, Duarte CA, 91010 o llámenos por teléfono al: (844) 936-4673

**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 autónomo, 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	_____	_____
<b>TOTAL (Sumar)</b>	_____	_____

**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 del recuadro D	_____	_____

CITY OF HOPE  
FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

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

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 PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Formulario de declaración de activos

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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)
<b>Bienes:</b>					
Bienes raíces					
Tierras					
<b>Bienes muebles:</b>					
Vehículos además del principal					
Motocicleta					
Joyas					
Vehículos recreativos					
<b>Otras inversiones</b>					
Inversiones en bancos					
Inversiones en mercados de valores					
Inversiones en empresas					
Pólizas de seguro					
<b>Total:</b>					

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