

Solicitud de atención no remunerada

SECCIÓN I.- INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA/EL GARANTE		SECCIÓN IV.- ACTIVOS NO LÍQUIDOS						
Cantidad total de miembros de la familia:			Marca	Año	Cantidad adeudada	Pago mensual	Valor	
N.º de dependientes menores de 21 años:		Auto 1					\$ _____	
Nombre del garante:		Auto 2					\$ _____	
Parentesco con el paciente:		Otros					\$ _____	
Estado de ciudadanía		Total						
		¿Es dueño de la residencia o paga alquiler?			<input type="checkbox"/> Dueño	<input type="checkbox"/> Alquila		
		¿Es dueño de otra propiedad?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
SECCIÓN II.- INGRESO BRUTO MENSUAL		Dirección/ubicación:						
Madre:				Valor	Cantidad adeudada	Patrimonio neto		
<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____							
<input type="checkbox"/> Discapacidad	\$ _____							
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____							
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$ _____	Otra propiedad						
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	TOTAL DE ACTIVOS NO LÍQUIDOS:						
<input type="checkbox"/> Otros:	\$ _____	\$ _____						
INGRESOS TOTALES:	\$ _____	SECCIÓN V.- GASTOS MENSUALES						
Padre			Madre	Padre				
<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____	Pensión alimenticia para el cónyuge y/o los hijos	\$ _____	\$ _____				
<input type="checkbox"/> Discapacidad	\$ _____	Costos de guardería de los hijos	\$ _____	\$ _____				
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	Primas del seguro médico	\$ _____	\$ _____				
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$ _____	Gastos de trabajo (\$75 por persona máx.)	\$ _____	\$ _____				
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	Total de gastos médicos/dentales	\$ _____	\$ _____				
<input type="checkbox"/> Otros:	\$ _____	Cuentas corrientes/préstamos/tarjetas de crédito:	\$ _____	\$ _____				
		Nombre:	\$ _____	\$ _____				
		Nombre:	\$ _____	\$ _____				
		Nombre:	\$ _____	\$ _____				
		Límite de MasterCard	\$ _____	\$ _____				
		Límite de Visa:	\$ _____	\$ _____				
		GASTOS TOTALES	\$ _____	\$ _____				
SECCIÓN III.- ACTIVOS LÍQUIDOS		DOCUMENTOS REQUERIDOS:						
N.º de cuenta corriente:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del año pasado o recibos de sueldo de los últimos tres meses						
Nombre del banco:		<input type="checkbox"/> Copia de los estados de cuenta bancarios (2 meses)						
Sucursal:		<input type="checkbox"/> Recibo de alquiler o pago de hipoteca (3 meses)						
N.º de cuenta de ahorro:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros: (especifique)						
Nombre del banco:								
Sucursal:								
Otros:	\$ _____							
Especifique								
TOTAL DE ACTIVOS LÍQUIDOS:	\$ _____							

PROPÓSITO: El propósito de esta información es determinar su capacidad para pagar los servicios de Children's Hospital LA o su posible elegibilidad para un programa de ayuda médica. Esta información **NO** es una solicitud para Medi-cal, Servicios para Niños de California, el Programa de Servicios Médicos para Indigentes del Condado o cualquier otro programa de ayuda del condado. PARA SOLICITAR PROGRAMAS DE AYUDA, DEBE CONTACTAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE SU CONDADO DE RESIDENCIA.

Certifico que la información anterior es exacta y está completa. Entiendo que el hospital se reserva el derecho de verificar toda la información. Acepto notificar a Servicios Administrativos para el Paciente sobre cualquier cambio en mi información financiera dentro de los 10 días de que ocurra el cambio.

ENTIENDO QUE SIGO SIENDO RESPONSABLE DE LA TOTALIDAD DE MIS CARGOS EN CHILDREN'S HOSPITAL LOS ANGELES.

Firma del padre o madre/ Tutor

Fecha

Testigo/ Traductor

Representante del hospital