



## Solicitud de Asistencia de Pago

\_\_\_\_\_  
Nº de cuenta del paciente

\_\_\_\_\_  
Apellido del paciente                      Nombre del paciente                      Nº de Seguro Social del paciente                      Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Apellido del garante (si fuese distinto)                      Nombre                      Nº de Seguro Social del garante                      Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Domicilio particular del garante                      (    )  
Número de teléfono particular

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador del garante                      \$  
Ingresos anuales del garante                      Cargo/Departamento laboral del garante

\_\_\_\_\_  
Domicilio del empleador del garante                      (    )  
Teléfono del empleador del garante

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador del cónyuge                      \$  
Ingreso anual del cónyuge                      Cargo/Departamento laboral del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Domicilio del empleador del cónyuge                      (    )  
Teléfono del empleador del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal

**Personas en la vivienda**

Nombre	Fecha de nacimiento	Empleador	Teléfono del empleador
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			

# Solicitud de Asistencia de Pago de CHW (Continuación)

Por favor complete la tabla a continuación con la mayor cantidad de datos posible.

## Análisis de ingresos

Para determinar su elegibilidad para el Programa de Asistencia de Pago de CHW, proporcione información sobre los ingresos familiares anuales antes de impuestos.

Ingresos por empleo	\$ _____
Ingresos por empleo del cónyuge	\$ _____
Ingresos por actividades comerciales	\$ _____
Ingresos por renta	\$ _____
Ingresos por intereses/ dividendos	\$ _____
Ingresos por Seguro Social	\$ _____
Pensión alimenticia o pagos de manut	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____
<b>Total de ingresos</b>	<b>\$ _____</b>

## Análisis de ahorros calificados

No incluya fondos que se encuentren en cuentas exentas de impuestos/ sujetas al pago diferido de impuestos, como cuentas de ahorro de planes 401K, 403B e IRA.

Cuentas de cheques	\$ _____
Cuentas de ahorros	\$ _____
Acciones, bonos y certificados de depósito	\$ _____
Otros activos monetarios	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____
<b>Total de ahorros calificados</b>	<b>\$ _____</b>

Para determinar quién necesita realmente asistencia financiera, debemos pedir que se nos entregue información que pruebe que usted tiene dificultades financieras. Por favor, complete la solicitud adjunta y envíela junto con todos los siguientes documentos. Si no puede proporcionar algún documento, por favor presente una declaración en donde explique por qué no puede proporcionar la información.

1) **Constancia de identidad** – Alguna de las siguientes:

- Copia de la tarjeta del Seguro Social
- Copia de la licencia de conductor emitida por el estado
- Otra identificación con foto

2) **Constancia de activos monetarios** – Todos los siguientes documentos (si corresponden):

- Estados de cuentas de cheques de los últimos dos meses
- Estados de cuentas de ahorros de los últimos dos meses
- Documentación de acciones, bonos y/o certificados de depósito (CD)

3) **Constancia de domicilio actual** – Alguno de los siguientes documentos:

- Recibo de renta
- Factura de servicios públicos

4) Copia de aviso de la decision de Medicaid/Medi-Cal/AHCCCS (si es aplicable).

5) **Constancia de ingresos:**

- Si es empleado, incluya una copia de la declaración de impuestos del año anterior y también el formulario W-2 o copias de los cheques o los talones de los cheques en cada caso de los tres meses anteriores.

- Si recibe asistencia pública, incluya copias de los cheques de asistencia pública de los tres meses anteriores o de la carta de asignación (por ejemplo, discapacidad, constancia de pago por desempleo o beneficios de seguridad social).

- Si recibe los ingresos por empleo en efectivo, incluya una declaración escrita de su empleador que especifique su ingreso mensual durante los últimos tres meses.

- Si trabaja por su cuenta, incluya el Anexo C de la declaración de impuestos del año anterior y un informe trimestral de un contador que incluya una declaración escrita de los ingresos brutos obtenidos durante los últimos tres meses.

- Si no tiene ingresos constantes, redacte un breve texto por separado que describa su situación financiera durante los últimos tres meses. Explique de qué manera o de qué fuente recibe dinero para pagar sus gastos básicos para vivir, como comida y vivienda.

- Si depende de la ayuda financiera de otra persona, incluya una "carta de ayuda financiera".

Su firma a continuación indica su deseo de ser considerado para recibir Asistencia de Pago. Asimismo, certifica que todas las declaraciones efectuadas en la presente solicitud son correctas y están completas a su leal saber y entender. Por el presente, Catholic Healthcare West queda autorizado para verificar las referencias y los antecedentes de crédito para evaluar esta solicitud de consideración de asistencia financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable de la cuenta (garante)

\_\_\_\_\_  
Fecha