



03321

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

1. Sírvase llenar **todas** las secciones del formulario adjunto. Si algo no aplica en su caso, escriba N/A en ese espacio.
2. Si necesita más espacio para contestar alguna pregunta, incluya una página adicional.
3. Cuando presente esta solicitud, usted debe entregar los documentos de comprobación de ingresos. Los siguientes documentos se aceptan como comprobante de ingresos:

Si usted presentó una declaración federal de impuestos, debe presentar una copia de:

- a. La declaración de impuestos (Formulario 1040) del año más reciente, incluyendo una lista completa de los anexos y retenciones exactamente cómo los declaró al IRS.

Si no presentó una declaración federal de impuestos, entonces debe presentar lo siguiente:

- a. Los dos (2) talones de cheque más recientes; y
- b. Una carta que explique la razón por la cual no presentó una declaración de impuestos.

Si usted no tiene ingresos, ni documentos que comprueben sus entradas de dinero, presente una carta explicando cómo se mantiene usted y su familia.

4. Su solicitud no se podrá tramitar hasta que presente toda la información necesaria.
5. Es muy importante que usted llene y presente la Solicitud de Asistencia Financiera, junto con toda la información necesaria sobre sus ingresos en un plazo de **catorce (14) días**.
6. Usted debe firmar y fechar la Solicitud de Asistencia Financiera. Si el paciente o persona responsable (garante) y su cónyuge brindan información, ambos deben firmar el formulario.
7. Para más información, sírvase llamar a la oficina financiera del LLUMC (Patient Business Office) al (909) 651-4177, entre las 9:00 a.m. y las 5:00 p.m., de lunes a jueves, y 9:00a.m. y las 2:00 p.m. viernes (exceptuando fines de semana y días feriados). Para asistencia en horas no hábiles (fines de semana, días feriados y después del horario laboral), póngase en contacto con alguno de los representantes de la oficina de Registro.
8. Envíe el Formulario de Asistencia Financiera completo con todos los documentos necesarios a:

Loma Linda University Medical Center
Patient Business Office
P. O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Medical Center
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
INSTRUCTIONS

SPANISH
Page 1 of 3

20-03321 (2-15)

PATIENT IDENTIFICATION

**INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR
ASISTENCIA FINANCIERA**

El propósito de este formulario es poder determinar si el paciente o garante reúne los requisitos según la Política de Beneficencia/Pago con Descuento de *Loma Linda University Medical Center*.

**NOMBRE DEL PACIENTE/
PERSONA RESPONSABLE** _____

**NOMBRE DEL
CÓNYUGE** _____

DIRECCIÓN

TELÉFONO
Casa: _____
Trabajo: _____

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PACIENTE/
PERSONA RESPONSABLE** _____

Cónyuge _____

SITUACIÓN FAMILIAR (Escriba el nombre de todos los dependientes bajo su manutención)

Nombre	Edad	Parentesco

SITUACIÓN LABORAL

Patrono o Empleador del Paciente (garante)

Empleador

Paciente o persona responsable _____

Puesto laboral _____

Empleador _____

Persona de contacto _____

Número de teléfono laboral _____

Patrono del Cónyuge

Puesto laboral _____

Empleador _____

Persona de contacto _____

Número de teléfono laboral _____



Loma Linda University Medical Center
**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
INSTRUCTIONS**

SPANISH
Page 2 of 3

20-03321 (2-15)

PATIENT IDENTIFICATION

INGRESOS

	Paciente/Garante	Cónyuge
1. Sueldo & Salario bruto/anual (sin deducciones)	\$ _____	\$ _____
2. Ingreso anual por negocio propio	\$ _____	\$ _____
3. Otros Ingresos:		
a. Intereses & Dividendos	\$ _____	\$ _____
b. Renta de Bienes Raíces/Arriendos	\$ _____	\$ _____
c. Seguro Social	\$ _____	\$ _____
d. Pensión Alimenticia	\$ _____	\$ _____
e. Manutención de Menores	\$ _____	\$ _____
f. Desempleo/Incapacidad	\$ _____	\$ _____
g. Asistencia Pública	\$ _____	\$ _____
h. Todos los demás ingresos (adjunte la lista)	\$ _____	\$ _____
Ingreso Total (sume las líneas del 1 – 3h)	\$ _____	\$ _____

GASTOS INUSUALES

Favor de anotar cualquier gasto inusual tales como cuentas médicas, bancarrota, ordenes judiciales o arreglos de pago (adjunte una lista, si lo necesita).

Descripción	Cantidad

Al firmar, declaro / declaramos que toda la información provista es veraz y correcta según mi / nuestro entender. Autorizo / autorizamos a LLUMC que verifique cualquier información anotada en esta solicitud; y explícitamente le otorgo / otorgamos permiso de contactar a mi / nuestro empleador.

Firma del Paciente/Representante Familiar

Parentesco con el Paciente Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha

