St. John's Regional Medical Center
A member of CHW

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 manutenciór	$
Otros ingresos	$
Total de ingresos	**$**

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 (CD)	$
Otros activos monetarios	$
Otros _____	**$**
Otros _____	**$**
Otros _____	**$**
Otros _____	**$**
Total de ahorros calificados	**$**

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 y ahorros de los últimos 3 meses
- Documentación de acciones, bonos y/o certificados

3) Constancia de domicilio actual – Alguno de los siguientes documentos:
- Recibo de renta o 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 ***y*** 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 y 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 persna, incluya una "carta de ayuda financiera".

Al firmar a continuación usted acepta ser evaluado 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. Si se determinase que la información proporcionada es falsa o está incompleta, se podrá anular todo descuento realizado en su cuenta y podrá exigirse que efectúe el pago total. Al firmar a continuación, usted autoriza a Catholic Healthcare West a verificar las referencias y los antecedentes crediticios para evaluar la presente solicitud de evaluación para recibir asistencia de pago.

Si usted recibe pagos de una compañía de seguros, un plan de seguro por accidentes y enfermedades laborales o cualquier otro tercero encargado de pagar, usted acepta informar al hospital de tales pagos. El hospital se reserva el derecho de cobrar la totalidad de los cargos facturados originalmente en caso de que un tercero le pague a usted los servicios hospitalarios.

Firma de la persona responsable de la cuenta (garante) _____ Fecha _____

Cuando usted ha completado y ha recopilado todos los documentos, vuelva por correo a:
St. John's Regional Medical Center
P.O. Box 33349,
Phoenix, AZ 85067-3349