



**Formulario de solicitud de ayuda económica/atención de beneficencia -  
Confidencial (privado)**

Complete toda la información. Si algo no corresponde, escriba "NC".

INFORMACIÓN SOBRE LA SELECCIÓN			
¿El paciente solicitó Medicaid/Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF, CalFresh o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿El paciente se encuentra actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No podemos garantizar que podrá obtener ayuda económica, aunque la solicite.</li> <li>• Una vez que envíe su solicitud, podemos pedir información adicional o comprobante de ingresos.</li> <li>• Dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos su formulario y la documentación completa, le informaremos por carta si puede obtener ayuda y el nivel de ayuda.</li> </ul>			
INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE			
Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente	
Sexo del paciente Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro (opcional) <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	Número de seguro social del paciente (opcional)	
Fecha del servicio	Número(s) de cuenta		
Persona que necesita pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número(s) principal(es) de contacto
Dirección postal particular	Modalidad de contacto preferida: Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/>	Dirección de correo electrónico	
Situación laboral de la persona que necesita pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación): _____ <input type="checkbox"/> Desempleado (¿por cuánto tiempo?): _____ <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (si es "Otro", por favor explique): _____ _____			

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Haga una lista de los miembros de su familia que viven en su hogar, incluyéndose a usted mismo. "Familia" es cualquier persona que viva junto a otra(s) y que esté relacionada por nacimiento, matrimonio o adopción.

**Tamaño total de la familia** \_\_\_\_\_

Nombre de cada miembro de la familia que vive en el hogar	Edad	Dependiente de la persona que necesita pagar las facturas (marque con un círculo la respuesta correcta)	Ingresos totales si es mayor de 18 años
		Sí No	

**INGRESOS TOTALES DE LOS ADULTOS EN EL HOGAR**

Total de dependientes para la(s) persona(s) que necesita(n) pagar las facturas	Ingresos totales para familiares adultos	<b>Debe declarar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, entre otras, salarios, subsidio por desempleo, trabajo por cuenta propia y manutención de los hijos.</b>
	\$	

**INGRESOS TOTALES DE LOS ADULTOS EN EL HOGAR**

**RECUERDE: Debe darnos un comprobante de ingresos con su solicitud.**

**Necesitamos pruebas de los ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben informarnos cuáles son sus ingresos. Si usted no puede proporcionar una prueba, puede redactar y firmar una declaración respecto de sus ingresos y enviárnosla.**

**Los ejemplos de comprobante de ingresos incluyen, entre otros, los siguientes:**

- Comprobante de retención "W-2".
- Recibos de sueldo vigentes (mínimo de 3 meses).
- La declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluidos los anexos, si corresponde.
- Declaraciones escritas y firmadas por empleadores u otros.
- Carta de aprobación o denegación de la elegibilidad para Medicaid o la asistencia médica financiada por el estado.
- Carta de aprobación o denegación de elegibilidad para los pagos por desempleo.

Si no tiene el comprobante de ingresos o no tienen ingresos, adjunte una página adicional con una explicación del motivo.

### INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para tener una idea completa de su situación económica.

#### **Gastos mensuales del hogar:**

Alquiler/hipoteca: \$

Gastos médicos: \$

Primas de seguros: \$

Servicios públicos: \$

Otras deudas/gastos: \$

(manutención de hijos, préstamos, medicamentos, otros)

### OTRA INFORMACIÓN

Por favor, adjunte otra página si hay información adicional sobre su situación económica actual que le gustaría que conociéramos. Esa información puede referirse a dificultades económicas, gastos médicos elevados, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

### ACUERDO CON EL PACIENTE

Confirmando que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si la información financiera que doy es falsa, es posible que no obtenga ayuda económica. Es posible que también tenga que pagar por los servicios que reciba.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene preguntas, llame al (800) 404-6627

El personal de Children's Hospital Los Angeles no puede ayudar a completar la Solicitud de ayuda económica. Pero puede obtener ayuda con la solicitud en Health Consumer Center of Los Angeles. Puede ir personalmente a 13327 Van Nuys Boulevard, Pacoima, California, 91331 o puede llamarlos al (800) 896-3203.

#### **Devuelva el formulario completado por correo postal a:**

Patient Business Services, Mailstop 26  
Children's Hospital Los Angeles  
4650 Sunset Boulevard  
Los Angeles, California 90027

#### **O BIEN**

#### **Devuelva la solicitud completada por correo electrónico a:**

PBSHospitalBillingCustomerService@chla.usc.edu