



LONG BEACH MEDICAL CENTER | MILLER CHILDREN'S & WOMEN'S HOSPITAL  
ORANGE COAST MEDICAL CENTER | SADDLEBACK MEDICAL CENTER

## Solicitud para Asistencia Financiera

Estoy solicitando el/los siguientes programa/s de Asistencia Financiera

☐ Asistencia Financiera completa (gratis) ☐ Asistencia Financiera parcial (con descuento) ☐ Ambos

Nota: Los pacientes que solo solicitan la elegibilidad para el programa de Asistencia Financiera parcial (con descuento) pueden recibir menos asistencia financiera de la que puede estar disponible para ellos bajo el programa de Asistencia Financiera completa (gratis).

NÚMERO(S) DE CUENTA DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_

### Paso 1: Cuéntanos sobre usted y su familia

Aval o nombre de la persona responsable	Cónyuge
Dirección:	Teléfono:
Número de seguro social: Aval/ persona responsable: _____ Cónyuge: _____	
Si recibe asistencia o beneficios de algún programa gubernamental para personas de bajos recursos. Favor de marcar este recuadro <input type="checkbox"/>	

Incluya todos los dependientes que usted mantiene.		
Nombre	Edad	Relación

### Paso 2: Cuéntanos sobre sus ingresos

**Nota: Para los pacientes que solicitan únicamente la elegibilidad para el programa de pago con descuento, solo podemos solicitar sus talones de sueldo o declaraciones de impuestos recientes como documentación de ingresos. Podemos aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no exigiremos dichas otras formas.**

Empleador	Empleador del Aval/persona responsable	Empleador del cónyuge
	Nombre: _____ Número de teléfono: _____	Nombre: _____ Número de teléfono: _____
1. Sueldo y salario en bruto (antes de deducciones) *	\$	\$

\*Incluya (i) 2 talones de cheques de pago consecutivos recientes o (ii) su declaración de impuestos federales para el año calendario en el que se facturó por primera vez al paciente y su declaración de impuestos federales para el año calendario 12 meses anteriores a cuando se facturó por primera vez al paciente.



LONG BEACH MEDICAL CENTER | MILLER CHILDREN'S & WOMEN'S HOSPITAL  
ORANGE COAST MEDICAL CENTER | SADDLEBACK MEDICAL CENTER

### Paso 3: Por favor lea y firme esta solicitud

Al firmar a continuación, yo/nosotros testificamos que toda la información que ha sido proporcionada es verdadera y correcta a mi/nuestro mejor entendimiento. Yo/Nosotros autorizamos que Memorial Health Services verifique cualquier información en esta solicitud. Entiendo que los programas de Asistencia Financiera son un "Pagador del último recurso" y por la presente asigno/asignamos al centro médico todos los beneficios debidos por cualquier acción de responsabilidad, reclamos de lesiones personales, acuerdos y todos y cada uno de los beneficios de seguro que pueden ser pagaderos, por enfermedad o lesión por la cual el centro médico o sus subsidiarios proporcionaron atención.

\_\_\_\_\_  
Firma del Aval/Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Paso 4: Recordatorios

¿Usted ...

- ☐ completó todas las secciones y marcó N/A si alguna sección no aplica a usted?
- ☐ anexó una página adicional si le hizo falta más espacio para contestar sus preguntas?
- ☐ y su conyugue, si es casado/a, completó y firmó la solicitud?
- ☐ incluyó toda información requerida junto con una copia de los siguientes comprobantes?

Comprobantes de Ingresos

- ☐ 2 talones de cheques de pago consecutivos recientes o
- ☐ 2 declaraciones recientes de impuestos federales (una para el año calendario actual en el que se facturó por primera vez al paciente y su declaración de impuestos federales para el año anterior.

Cuando esté listo, favor de enviar la solicitud con los documentos requeridos a:

MemorialCare

ATTN: FAA

P.O. Box 20894

Fountain Valley, CA 92728-0894

o por correo electrónico a [pfsdocuments@memorialcare.org](mailto:pfsdocuments@memorialcare.org)

Si tiene preguntas, favor de llamar al 1-877-323-0043.