



ASISTENCIA FINANCIERA

Hoag Orthopedic Institute se dedica a proporcionar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Comprendemos que el pago por los servicios podría proporcionar una dificultad económica para usted. Hoag Orthopedic Institute ofrece asistencia financiera para ayudar a aquellos que califican para reducir o eliminar el saldo sobre su cuenta.

Se adjunta a esta carta, una solicitud para permitir la evaluación de sus dificultades económicas. Usted debe completar la solicitud con el fin de ser considerado para el programa de asistencia financiera. Si su situación financiera cumple los requisitos de elegibilidad establecidos por el Programa de Asistencia Financiera de Hoag Orthopedic Institute, usted puede ser elegible para la absolución total o parcial de su deuda.

Para procesar esta solicitud se requiere:

- La solicitud adjunta sea completada en su totalidad
- Firmar y fechar la Solicitud de Asistencia Financiera. Si el paciente / persona responsable / o cónyuge proporcionan información, ambos deben firmar la solicitud.
- Copia de su más reciente pago de alquiler cheque cancelado, contrato de arrendamiento o hipoteca
- Copia de los últimos dos (2) talones de pago o W2 para cualquier salario ganado contribuyente a los ingresos del hogar
- (2) Dos estados de cuenta bancarios de copia (cuenta corriente / ahorros)
- Copia de su discapacidad, estado de cuenta del pago de la seguridad social, el aviso de desempleo de los beneficios elegibles y estado de cuenta reflejando depósitos
- Si usted no tiene una fuente de ingresos o prueba de los documentos de ingreso, favor de proporcionar una carta explicando cómo se mantiene a sí mismo y a su familia.
- Escrito firmado de declaración de un familiar o amigo que está proporcionando alojamiento, comida y / o ingresos.

- Copia de su última declaración de impuestos 1040, incluyendo todos los anexos y adjuntos aplicables presentadas ante el Servicio de Impuestos Internos
 - Carta del Seguro Social
 - Prueba de que no presenta al IRS (llame al 800-829-1040 para obtener una copia)
 - Una carta firmada explicando por qué no ha presentado una declaración de impuestos federal o ha solicitado una prórroga de los impuestos.
- Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder a cualquier pregunta. Comprendemos que es posible que sus ingresos de los registros de impuestos anteriores no reflejen adecuadamente sus circunstancias actuales. Si es así, por favor incluya una breve nota que describa su situación económica actual.

Es importante que usted complete y envíe la solicitud de Asistencia Financiera junto con todos los documentos requeridos dentro de los quince (15) días. Por favor enviar su Solicitud de Asistencia Financiera a:

- **Fax** : 949-764-7246
- **Correo:** Patient Financial Services
2975 Red Hill Ave, Suite 200
Costa Mesa, CA 92626

Después que hayamos revisado su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días de recibo. Si usted desea hablar de su cuenta o tiene alguna pregunta, por favor de comunicarse con nosotros al 949-764-8404. Estamos disponibles de Lunes - Viernes, de 8:30 A.M. a 4:30 P.M.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información Demográfica	Nombre y Apellido		Fecha de Nacimiento	Cónyuge / pareja		Fecha de Nacimiento		
	DOMICILIO			Ciudad		Estado	Código postal	
	Tiempo en dicha dirección _____ Renta _____ Alquiler propios _____ Años _____ Meses			Condado		Estado civil __ Casado/a __ Soltero __ Divorciado/a __ Viudo/a		
	Número de teléfono móvil		Teléfono de trabajo	Teléfono de casa	Teléfono celular de su Esposo/a		Teléfono de empleado de su Esposo/a	
	Por favor escriba TODAS las personas que viven en su hogar; incluyendo dependientes (Se adjunta una hoja adicional si es necesario)							
	Apellido		Primer Nombre	Iniciales del segundo		Fecha de Nacimiento		
	Relación con el solicitante							
	1							

2			
3			
4			
Usted		Esposo/a -	
Conyuge			
Número de seguro social		Número de seguro social	
Empleado		Empleado	
Dirección del Empleador		Dirección del Empleador	
Ocupación		Ocupación	
Duración del empleo ____Años ____Meses ____Horas Semanales		Duración del empleo ____Años ____Meses ____Horas Semanales	

Fuente de Ingresos	Ingresos: Representa los ingresos totales en efectivo de todas las fuentes <u>antes de impuestos</u>	
	Sus Ingresos	Ingreso de su esposo/a
	Ingreso antes de impuestos	Ingreso antes de impuestos
	Seguro Social /SSI/SSDI	Seguro Social /SSI/SSDI
	Asistencia Pública	Asistencia Pública
	Ingresos para propiedad de alquiler	Ingresos para propiedad de alquiler
	Jubilación / Pension	Jubilación / Pension
	Pago de dinero de trabajo	Pago de dinero de trabajo
	Desempleo	Desempleo
	Manutención de los hijos	Manutención de los hijos
Otro tipo de ingreso	Otro tipo de ingreso	
TOTAL	TOTAL	

Ingreso mensual combinado antes de impuestos:

Activos / Propiedad

Gastos mensuales

Cuenta corriente		Efectivo en Mano		Plan de Jubilación	
Ahorros		Cuenta de Fideicomiso		Hipotecaria con garantía	
Bolsa de valores/ Bonos		cooperativa de crédito		Otro tipo	
Pago de Casa / Renta		Seguro de Auto		Seguro de vida	Seguro de Salud
Contribución de propiedad		Teléfono / Celular		Comida	Agua y Alcantarillado / el albañal
Seguros sobre la propiedad		Pago de vehículo		Guardería de niños	Gastos Médicos
Gas		Pago de vehículo		Gastos de Manutención de Niños	Otros / Especifica:
Electricidad					TOTAL

DOCUMENTOS NECESARIOS:

- _____ Prueba de ingresos (i.e. es decir, 2 Talones de pago de cada asalariado, SS , SSI, SSDI , Asistencia Pública , Alquiler de Ingresos , Jubilación , Pensión, Beneficios VA , Desempleo, Compensación al Trabajador , manutención, pensión alimenticia o Otros)
- _____ Copia de su última declaración de impuestos 1040, incluyendo todos los anexos y adjuntos aplicables.
- _____ Copia de dos (2) estados de cuenta bancarios (cheques / ahorro) Todas las páginas.
- _____ Copia de su más reciente pago de alquiler cheque cancelado, contrato de arrendamiento o hipoteca.
- _____ Copia de su más reciente pago de alquiler cheque cancelado, contrato de arrendamiento o hipoteca.

CESIÓN DE DERECHOS

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información y las afirmaciones contenidas en esta solicitud de asistencia financiera y toda la documentación que presento son exactos verdadera y correcta. Por la presente se autoriza a revisar mi historial de crédito con el fin de evaluar esta solicitud a la consideración de Asistencia Financiera.

Entiendo que Hoag Hospital puede hacer razonable solicitó información adicional y verificación es necesaria.

Entiendo que la finalización de la aplicación permitirá Hoag para considerar mis circunstancias.

Entiendo Hoag no garantiza que la asistencia financiera está garantizada.

Entiendo que la finalización de la aplicación permitirá Hoag para considerar mis circunstancias.

Yo / Nosotros por la presente certifico que la información anterior y voluntariamente usted autoriza a obtener la información de crédito con respecto a mí / nosotros.

Firma

Fecha

Firma

Fecha