

Fecha:

Washington Hospital
Departamento de Contabilidad de Pacientes
2000 Mowry Avenue
Fremont, CA 94538

Estimado _____ N.º de cuenta _____

Washington Hospital entiende que hay personas que necesitan asistencia financiera con respecto a los servicios hospitalarios. He revisado recientemente su cuenta y he determinado que podría calificar para nuestro Programa de Asistencia Financiera. He adjuntado una solicitud de asistencia financiera, la cual debe completarse para poder determinar la elegibilidad. Para poder procesar su solicitud, envíe también por correo los siguientes documentos. Necesitamos tanto la solicitud como los documentos adicionales para poder procesar y determinar su elegibilidad.

- Copia firmada de su Declaración Federal de Impuestos 1040 del 2025 (incluidos los formularios W-2)
- Copias de los comprobantes de pago de los últimos 6 meses
- Copia de su licencia de conducir, pasaporte u otra identificación de respaldo
- Devolución de esta carta firmada y fechada junto con la documentación solicitada

Si no puede proporcionar los documentos mencionados anteriormente, escriba una carta en la que explique por qué no están incluidos. Una vez que se reciba la documentación correspondiente, su cuenta será suspendida de cualquier actividad de cobranza hasta que se haya tomado una determinación final. Tenga en cuenta que la aprobación o la denegación de su solicitud puede tardar entre 6 y 12 meses. Si la documentación solicitada no se recibe dentro de los 60 días a partir de la fecha de esta carta, se reanudarán todas las actividades de cobranza.

Declaro, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Esta firma será legalmente vinculante en cuanto a la exactitud de todos los documentos financieros solicitados, incluida la Declaración Federal de Impuestos.

Firma: _____ Fecha: _____

Si tiene preguntas, comuníquese directamente conmigo al 510-818-8645.

Atentamente,

Michelle Thomas
Solicitud de Asistencia Financiera

H.A.: Fecha pendiente de M.Cal	Fecha de servicio:
Saldo: \$	NPC



Solicitud de asistencia financiera

Responda todas las preguntas. Si no corresponde, escriba N/A.

Para uso exclusivo de la oficina

1. Número de cuenta del paciente	2. Número de registro médicos del paciente
----------------------------------	--

Sección I

3. Nombre del paciente		
4. Fecha de nacimiento	5. Número de seguro social	
6. Dirección/número de departamento		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de teléfono	
7. Número de licencia de conducir		
8. a. ¿Ha solicitado Medi-Cal o AFDC?		
		☐ Sí ☐ No
	Si la respuesta es sí, escriba la fecha de la solicitud:	
	Si la respuesta es sí, escriba el nombre del trabajador:	
b. ¿Tiene una solicitud pendiente?	☐ Sí	☐ No
c. ¿Su solicitud ha sido denegada?	☐ Sí	☐ No
9. ¿Tiene menos de 21 años?	☐ Sí	☐ No
10. ¿Tiene 65 años o más?	☐ Sí	☐ No
11. ¿Es legalmente ciego?	☐ Sí	☐ No
12. ¿Está embarazada?	☐ Sí	☐ No
13. ¿Actualmente no puede trabajar o espera no poder trabajar durante un año o más?	☐ Sí	☐ No
14. ¿Tiene un hijo menor de 21 años viviendo en su hogar?	☐ Sí	☐ No
15. ¿Es un estudiante?	☐ Sí	☐ No
16. ¿Tiene Medicare?	☐ Sí	☐ No
17. ¿Vive en un centro de enfermería?	☐ Sí	☐ No
18. ¿Tiene seguro de salud?	☐ Sí	☐ No
19. ¿Es veterano o dependiente de un veterano?	☐ Sí	☐ No
a. ¿Tiene CHAMPUS?	☐ Sí	☐ No
b. ¿Tiene CHAMP/VA?	☐ Sí	☐ No

Sección II(Bienes/presupuesto)

20. ¿Cuál es el saldo actual de su cuenta de ahorros? \$			
21. ¿Cuál es el saldo actual de su cuenta de cheques? \$			
22. Otros bienes (si no tiene ninguno, deje el espacio en blanco)	SÍ	NO	VALOR
Propiedad en alquiler			\$
Otros bienes			\$
Otros bienes			\$
Ingreso mensual	Monto	Fuente de ingresos (trabajo, SSI, etc.)	
23. Yo mismo	\$		
24. Cónyuge	\$		
25. Otro	\$		
Otro	\$		
26. Ingreso bruto total (antes de impuestos) \$			
27. Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?			
28. ¿Vive solo? ☐ SÍ ☐ NO			
29. Tipo de residencia Casa Departamento Refugio Otro			
30. ¿Cuántas exenciones declara en su declaración de impuestos sobre la renta, incluyéndose a usted mismo?			

Declaro, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto notificar a este hospital cualquier cambio en mi situación financiera y proporcionar, cuando se me solicite, información que verifique mi elegibilidad. Esta información podría compartirse con su médico.

Firma	Fecha
Representante	Fecha
Entrevistador	Fecha
Comentarios	

Tenga en cuenta que los servicios del médico de emergencia, el patólogo, el radiólogo y el hospitalista se facturan por separado de los cargos por uso de las instalaciones del hospital. Esta solicitud cubre únicamente los cargos por uso de las instalaciones.

Para uso exclusivo de la oficina

32. ¿Cumple el paciente con los niveles de ingresos que lo califican como persona indigente para recibir asistencia financiera? ☐ SÍ ☐ NO

Aprobado para recibir asistencia financiera

Firma

Fecha