

Asunto:	SOLICITUD DE POLÍTICA DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD	Formulado:	09/93
Aprobación de la Junta Directiva – Fecha:		Revisado:	02/04, 03/08, 04/10, 08/17

Solicitud de Política de Pago con Descuento y Atención de Caridad
Debe ser completada por la Parte Responsable Financieramente
Por favor, complete esta solicitud en su totalidad

Fecha: _____

Número de cuenta: _____

Nombre del solicitante	
Nombre del paciente	
Empleador del paciente	
Dirección del paciente	Calle: Ciudad/Estado/Código postal:
Número de teléfono del paciente	
Fecha de nacimiento del paciente	
Número de Seguro Social del paciente o Número Individual de Identificación del Contribuyente	

Nombre del garante (puede ser uno mismo)	
Empleador del garante	
Dirección del garante	Calle: Ciudad/Estado/Código postal:
Número de teléfono del garante	
Fecha de nacimiento del garante	
Número de Seguro Social del Garante o Número Individual de Identificación del Contribuyente	

Según establecen las leyes federales, por el presente solicito que la AGENCIA DE SALUD DEL CONDADO DE VENTURA (*VENTURA COUNTY HEALTH CARE AGENCY*) determine mi elegibilidad para servicios no remunerados. Entiendo que la información que presento acerca de mis ingresos anuales y número de miembros de mi familia está sujeta a comprobación por parte de la Agencia. También entiendo que si se determina que dicha información es falsa, dicha determinación tendrá como consecuencia la negativa a prestar los servicios como servicios no remunerados, y que yo seré responsable de los gastos por los servicios prestados.

Setting the Standard in Health Care Excellence

Asunto:	SOLICITUD DE POLÍTICA DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD	Formulado:	09/93
Aprobación de la Junta Directiva – Fecha:		Revisado:	02/04, 03/08, 04/10, 08/17

Por favor, complete los siguientes tipos de ingresos:	Al mes	Total de los últimos 12 meses
Salario:		\$ _____
Otros relacionados con el trabajo: Beneficios por huelga Desempleo Asignación militar		\$ _____
Ingresos relacionados con jubilación: Seguro social Pensiones IRA		\$ _____
Otros: Pensión conyugal/de manutención de hijos Dividendos/Intereses Discapacidad Cuenta fiduciaria Ingresos por intereses Otros		\$ _____

**Prueba de ingresos adjunta: { } Formulario W-2 { } Talones de cheques de nómina
{ } Declaración de impuestos**

Asunto:	SOLICITUD DE POLÍTICA DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD	Formulado:	09/93
Aprobación de la Junta Directiva – Fecha:		Revisado:	02/04, 03/08, 04/10, 08/17

Gastos (Gastos de vida esenciales):

Gasto de vida esencial	Cantidad mensual
Alquiler o hipoteca (incluyendo gastos de mantenimiento)	\$
Alimentos y suministros domésticos	\$
Servicios (Agua, Gas, Electricidad, Basura) y teléfono (línea celular y fija)	\$
Ropa	\$
Pagos médicos y dentales	\$
Seguro	\$
Escuela y cuidado de los niños	\$
Manutención de hijos y cónyuge	\$
Gastos de transporte y vehículo (incluyendo seguro, combustible y reparaciones)	\$
Pagos de cuotas	\$
Gastos de lavandería y limpieza	\$
Otros gastos extraordinarios	\$

Tarjetas de crédito:

Compañía de tarjeta de crédito	Pagado cada mes	Cantidad disponible
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Facturas médicas:

Nombres de los médicos/Hospital	Cantidad
	\$
	\$
	\$
	\$

Setting the Standard in Health Care Excellence

Asunto:	SOLICITUD DE POLÍTICA DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD	Formulado:	09/93
Aprobación de la Junta Directiva – Fecha:		Revisado:	02/04, 03/08, 04/10, 08/17

Asunto:	SOLICITUD DE POLÍTICA DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD	Formulado:	09/93
Aprobación de la Junta Directiva – Fecha:		Revisado:	02/04, 03/08, 04/10, 08/17

Lista de los miembros de la familia en su hogar:

Nombre	Parentesco

Referencias bancarias:

Cuenta corriente: Nombre/Sucursal: _____ Núm. de cuenta _____

Cuenta de ahorros: Nombre/Sucursal: _____ Núm. de cuenta _____

Estoy de acuerdo en que se informe a mi médico sobre el estado de esta solicitud de atención gratuita.

Entiendo que se me puede pedir que demuestre mis afirmaciones, y que mi declaración de elegibilidad se someterá a comprobación mediante contacto con mi empleador, con mi banco, mediante verificación de crédito y búsquedas de propiedades.

Declaro que las afirmaciones hechas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
Testigo: _____ Fecha: _____