

Formulario de solicitud de ayuda financiera – HealthBridge Orange

Información del paciente

(Escriba en letra de imprenta y rellene todos los campos. Indicar N/A si no es aplicable en cualquier línea individual de la solicitud)

Fecha _____ Número de cuenta _____

Nombre y apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Número de seguridad social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Datos del responsable/tutor legal

(Si el paciente anterior es el mismo que la parte responsable, deje este apartado en blanco).

Nombre y apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Número de seguridad social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Información sobre el cónyuge responsable

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, rellene los datos del cónyuge del paciente).

Nombre y apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Número de seguridad social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, rellene los datos del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el hogar _____

Ingresos mensuales

(Indique los importes en dólares de cada uno de los conceptos enumerados a continuación. Indique el importe mensual de cada uno).

Ingresos del solicitante _____
Ingresos del cónyuge solicitante _____
Prestaciones de Seguridad Social _____
Ingresos por pensiones/jubilaciones _____
Ingresos por incapacidad _____
Indemnización por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por Intereses y dividendos _____

Manutención infantil recibida _____
Pensión alimenticia recibida _____
Ingresos por alquileres _____
Cupones de alimentos _____
Distribuciones recibidas de fideicomisos _____
Otros ingresos _____
Otros ingresos _____
Ingresos mensuales brutos totales \$ _____

Gastos de manutención mensuales

Hipoteca/alquiler _____
Servicios _____
Teléfono (fijo) _____
Teléfono móvil _____
Alimentos/comida _____
Televisión por cable/Internet/satélite _____
Pago de automóvil _____
Atención infantil _____

Manutención infantil/pensión conyugal _____
Tarjetas de crédito _____
Facturas de médicos y hospitales _____
Seguro de automóvil _____
Seguro de hogar/propiedad _____
Seguro médico _____
Seguro de vida _____
Otros gastos mensuales _____
Total gastos mensuales \$ _____

Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corrientes _____
Acciones/bonos/inversiones/CD(s) _____
Otros bienes inmuebles/residencia secundaria _____
Barco/autocaravana/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Otros activos _____

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y completa. Por la presente autorizo a HealthBridge a obtener información de agencias externas de informes crediticios si lo considera necesario.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios

Carta de apoyo financiero

Número de cuenta del paciente _____

Nombre del patrocinador _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección del patrocinador _____

A HealthBridge:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) _____ recibe pocos o ningún ingreso y yo le ayudo con sus gastos de manutención. Tiene poca o ninguna obligación conmigo.

Al firmar esta declaración, acepto que la información facilitada es verídica a mi leal saber y entender.

Firma del patrocinador _____

Fecha _____

DOCUMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN NECESARIAS

Junto con la solicitud, facilite una copia de al menos uno de los siguientes documentos como justificante de ingresos. Si está casado o ha cohabitado con su pareja durante 6 meses o más, ésta deberá presentar una copia de al menos uno de los siguientes documentos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copia de un documento oficial de identidad con fotografía: Licencia de conducir, documento estatal de identidad o pasaporte en vigente.
- Copia de los 3 últimos recibos de nómina del empleador
- Copias de la declaración anual de impuestos más reciente (si es autónomo, incluya todos los anexos)
- Carta de concesión de la Seguridad Social y/o pensión de jubilación
- Declaración anual de impuestos más reciente del padre, madre o tutor, si el solicitante es una persona a su cargo que figura en su declaración de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos
- Copia de los estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses
- Copia del recibo de beneficios por desempleo

Si recibe ayuda de familiares o amigos o vive con ellos, pídale que rellenen el formulario adjunto titulado "Carta de apoyo". Esto no les hará responsables de sus facturas médicas.

Esto ayudará a demostrar cómo obtiene gastos de manutención. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no necesita rellenar el formulario Carta de apoyo.

Por último, facilite también documentación como prueba de sus gastos médicos y de farmacia/drogas mensuales pendientes de pago. Por favor Tenga en cuenta que se debe recibir la solicitud cumplimentada junto con la prueba de ingresos para que la solicitud sea considerada. No podemos tramitar ni considerar las solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que incluya en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigido.

Queremos proteger su información personal y garantizar que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de seguridad social y otros datos privados, le rogamos que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en mano su solicitud cumplimentada a la siguiente dirección:

Envíe la solicitud completada a:

17581 Irvine Blvd., Suite 202, Tustin, CA 92780

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros Representantes de Pacientes al siguiente centro.