



NOMBRE DEL PACIENTE:
N.º DE CUENTA:

Gracias por permitir a Community Medical Centers cubrir sus necesidades de atención médica.

Se adjunta una solicitud de ayuda económica para determinar si hay dificultades económicas. Si le interesa pedir ayuda, llene la solicitud y devuélvala en los siguientes quince (15) días laborables. Adjunte una copia de los siguientes documentos con su solicitud:

Comprobante de ingresos de todos los miembros del grupo familiar:

1. Tres (3) comprobantes de pago recientes, el W-2 o su declaración de impuestos más reciente, o
2. Si es trabajador independiente, entregue la declaración de impuestos más reciente (incluyendo el anexo C) o
3. Si no tiene empleo, entregue la declaración de beneficios por desempleo o
4. La declaración de jubilación/pensión (si aplica) o
5. Si recibe ayuda pública, entregue el comprobante de elegibilidad/inscripción actual a cualquiera de los siguientes programas del gobierno: Programa de Ahorros de Medicare, Cal WORKS, Cal Fresh (cupones de comida), SSI/SSP (Seguridad de Ingreso Suplementario/Pago suplementario del estado) o WIC (Mujeres, Bebés y Niños).

Los pacientes que tienen seguro médico también **deben** entregar documentos para comprobar que se pagó o se debe el 10% de los ingresos familiares en costos médicos en los últimos 12 meses. Todos los saldos, facturas/recibos médicos, primas de seguro médico o de farmacia actuales se pueden sumar al 10%.

Community Medical Centers están comprometidos a ayudar a nuestra comunidad. Nos alegra que pudimos ayudarlo cuando lo necesitó.

Si tiene alguna pregunta sobre esta cuenta o los documentos necesarios, llame al (559) 459-3939 o al (800) 773-2223, opción 3. Las solicitudes incompletas no pueden procesarse.

Envíe por correo la solicitud y la documentación completas y firmadas a la dirección de abajo o envíelas por fax al (559) 230- 8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

Fecha de entrega/envío del formulario _____ Devolución del formulario hasta el _____

Solicitud de ayuda económica de los CMC

NOMBRE DEL PACIENTE	N.º DE CUENTA DEL PACIENTE
	N.º de expediente médico

I. PACIENTE/RESPONSABLE LEGAL

APELLIDO	NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL
	TELÉFONO DE CASA
	CELULAR
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO COMERCIAL
	INGRESOS BRUTOS MENSUALES \$

II. CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA

APELLIDO	NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL
	TELÉFONO DE CASA
	CELULAR
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO COMERCIAL
	INGRESOS BRUTOS MENSUALES \$

III. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Anote a su cónyuge, pareja doméstica, niños dependientes menores a 21 años. Si el paciente es menor de edad, indique todos los padres, familiares que lo cuidan y (hermanos menores a 21 años).

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

TOTAL DE PERSONAS EN EL GRUPO FAMILIAR:

IV. INGRESOS BRUTOS MENSUALES	
Ingresos mensuales del paciente/responsable legal	\$
Ingresos mensuales del cónyuge/pareja doméstica (si aplica)	\$
Ingresos de jubilación	\$
Pagos recibidos de pensión alimenticia	\$
Desempleo o indemnización laboral	\$
Seguro Social/Seguro Social por Discapacidad (Social Security Disability)	\$
Ingresos misceláneos	\$
Si paga pensión alimenticia, dedúzcala aquí:	-\$
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES=	\$

V. INFORMACIÓN MISCELÁNEA		
	Sí	No
¿Es mayor de 18 años y aparece como dependiente en la declaración de impuestos de sus padres?		
¿Está inscrito en: el Programa de Ahorros de Medicare, Cal WORKS, Cal Fresh (cupones de comida), SSI/SSP (Seguridad de Ingreso Suplementario/Pago suplementario del estado) o WIC (Mujeres, Bebés y Niños)?		
¿Tiene seguro médico?		
¿Esta visita la causó un tercero, por ejemplo un accidente de auto, un resbalón o una caída?		
¿Ha solicitado Medi-Cal o Medicare?		
¿Ha solicitado Covered California?		

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS O FRAUDULENTAS SE RECHAZARÁN
<p>LLENANDO ESTA DECLARACIÓN FINANCIERA, POR LA PRESENTE AFIRMO QUE LAS DECLARACIONES DE ARRIBA SON CORRECTAS Y ESTÁN COMPLETAS, Y DOY MI CONSENTIMIENTO A COMMUNITY MEDICAL CENTERS PARA VERIFICARLAS.</p> <p>FIRMA: _____</p> <p>NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>RELACIÓN, SI USTED NO ES EL PACIENTE: _____</p>

Envíe por correo la solicitud y la documentación completas a la dirección de abajo o envíelas por fax al (559) 230- 8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889