



Solicitud de Asistencia Financiera

Le notificaremos sobre su elegibilidad en la dirección proporcionada en su solicitud.

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Cuenta/Garante: _____

¿El paciente tiene seguro médico? ☐ SÍ ☐ NO

¿El paciente ha solicitado Medi-Cal o CCS? ☐ SÍ ☐ NO

Solicitante/Garante

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Otro: _____

Dirección: _____

Celular/Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación/Título: _____

Co-Solicitante/Garante

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Otro: _____

Dirección: _____

Celular/Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación/Título: _____



Tamaño Familiar (Lista de todos los dependientes)

Nombre	Edad	Relación
Total de Dependientes:		

Al firmar este formulario, permito que Totally Kids Rehabilitation Hospital verifique mi empleo con el propósito de determinar mi elegibilidad para un descuento financiero. Entiendo que también debo proporcionar los documentos indicados en este formulario. Certifico que toda la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo que esta información se proporciona para la determinación de posible Asistencia Financiera por servicios prestados en Totally Kids Rehabilitation Hospital.

Firma del Solicitante/Garante: _____ Fecha: _____

Firma del Co-Solicitante/Garante: _____ Fecha: _____



Esta solicitud le permite solicitar atención benéfica y pago con descuento en un solo formulario. Recibirá el nivel más alto de asistencia financiera según la información proporcionada.

Instrucciones

Favor de completar la solicitud y devolver con copias de lo siguiente:

Documentos Requeridos:

Prueba de identidad (se aceptan los siguientes):

- Licencia de conducir de California
- Tarjeta de identificación emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados
- Documentos de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio (pasaporte)
- Tarjeta del Seguro Social

Documentación de Ingresos del Paciente/Familia (elija uno):

- Declaración de impuestos federales del año reciente (solicitante y co-solicitante)
- Talón de cheque reciente (solicitante y co-solicitante)
- Carta de adjudicación de beneficios por desempleo o discapacidad

Documentos Opcionales:

- Carta que muestre aprobación o de negación de Medi-Cal, CCS, Medicare u otros programas gubernamentales (no requerido para evaluación de pago con descuento, pero sí para evaluación completa de atención benéfica).

Envíe su Solicitud:

Asegúrese de incluir todos los documentos para evitar retrasos. Las solicitudes sin verificación de ingresos, documentos requeridos o firma se consideran incompletas y no serán procesadas. Para asistencia en completar esta solicitud, comuníquese con la Oficina de Negocios al (909) 796-6915, entre las 8:00 a.m. y 4:00 p.m., de lunes a viernes. Devuelva la solicitud y todos los documentos requeridos por correo o en persona a:

Totally Kids Rehabilitation Hospital (Oficina de Negocios)
1720 Mountain View
Loma Linda, CA 92354