



500 East First Ave.
Portola, CA, 96122
Phone: (530) 832-6568
Fax: (530) 832-1105

Estimado Pacient _____

En Eastern Plumas Health Care, estamos comprometidos a ayudar a las necesidades de nuestra comunidad. Adjunto encontrará la Solicitud de Asistencia Caritativa, por favor complete todas las páginas en su totalidad. Favor de incluir la siguiente información con su solicitud:

1. Copias de sus estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses.
2. Copia completas de su última declaración de impuestos federales.
3. Copias de sus talones de cheques de pago de los ultimos tres meses.

Para procesar su solicitud, necesitaremos que complete el formulario adjunto y lo devuelva a nuestra oficina dentro de 30 días hábiles comenzando desde el día del servicio. Una vez recibida la información anterior, se le notificará nuestra decision. Si tiene más preguntas por favor, póngase en contacto conmigo llamando al (530) 832-6568.

Sinceramente,
April Shepherd
Coordinadora de Servicios Financieros para Pacientes
Eastern Plumas Health Care



DECLARACIÓN FINANCIERA DE ASISTENCIA CARITATIVA

Fecha de solicitud: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Numero de Cuenta: _____ Fechas de Servicio: _____

Estado Civil: _____ Nombre del Cónyuge: _____

Empleador: _____ Último día trabajado: _____

Empleador del cónyuge: _____ Último día trabajado: _____

¿Tiene cobertura de estos seguros? Medicaid _____ Medicare _____ Other _____

Ingreso familiar annual en bruto:

Propio: \$ _____

Cónyuge: \$ _____

Otros: \$ _____

Total: \$ _____

Número de dependes respaldados por ingresos (inclúyense a sí mismos): _____

Proveedor de información financiera (si no es el paciente o tutor):

Nombre: _____

Dirección: _____

NO COMPLETAR (Solo debe ser completado por el personal del hospital)

Fecha que el documento fue recibido: _____

Nombre del empleado: _____ Título: _____



DECLARACIÓN FINANCIERA DE ASISTENCIA CARITATIVA

| | | | | |
|--|------------|--------------------------|----------------------------------|--|
| Nombre Completo del Paciente | | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | |
| Domicilio de Vivienda | | | | |
| Dirección postal (si es diferente a la dirección de vivienda) | | | Número de Teléfono | |
| Nombre del Empleador del Paciente | | | | |
| Dirección del empleador | | | Número de Teléfono del Empleador | |
| Empleador anterior del paciente (si está dentro de los dos años) | | Posición Laboral | Años de Empleo | |
| Sueldos, Salarios o Comisiones Ganadas | | | | |
| Semanal: | Quincenal: | Mensual: | Anual: | |
| Otros Ingresos Mensuales | | Fuente de Otros Ingresos | | |
| Nombre Completo del Cónyuge | | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | |
| Nombre del Empleador del Cónyuge | | | Número de Teléfono del Empleador | |
| Dirección del Empleador | | | | |
| Número de Miembros en la Familia | | | | |
| Nombre | Relación | Edad | Género | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|--|-----------|---|--------------|
| Nombre de Sucursal Bancaria | | Numero de Sucursal Bancaria | |
| Número de Cuenta de Cheques | | Número de Cuenta de Ahorro y/o de Préstamo(s) | |
| Es Propietario de la Vivienda o Alquila? | | Pago Mensual de Vivienda | |
| Descripción de Bienes Raíces Poseídos | Valor | Monto adeudado | |
| Marca, modelo y año del vehículo de propiedad | | Monto Adeudado | |
| Marca, Modelo y Año del Vehículo(s) | | Monto Adeudado | |
| Enumere Todas las Deudas (adjunte hojas adicionales si es necesario) | | | |
| Acreedor (prestamista) | Dirección | Monto Adeudado | Pago Mensual |
| Acreedor (prestamista) | Dirección | Monto Adeudado | Pago Mensual |
| Acreedor (prestamista) | Dirección | Monto Adeudado | Pago Mensual |

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DE EASTERN PLUMAS HEALTH CARE Y ESTÁ SUJETA A REVISIÓN POR PARTE DE AGENCIAS GUBERNAMENTALES. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre Impreso: _____