



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: _____