



0332I

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

1. Sírvase llenar **todas** las secciones del formulario adjunto. Si algo no aplica en su caso, escriba N/A en ese espacio.
2. Si necesita más espacio para contestar alguna pregunta, incluya una página adicional.
3. Cuando presente esta solicitud, usted debe entregar los documentos de comprobación de ingresos. Los siguientes documentos se aceptan como comprobante de ingresos:

Si presentó una declaración federal de impuestos, debe presentar una copia de:

- a. La declaración de impuestos (Formulario 1040) del año más reciente. Debe incluir una lista de todos los anexos y retenciones exactamente como los declaró al Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Si no presentó una declaración federal de impuestos, entonces debe presentar lo siguiente:

- a. Los dos (2) comprobantes de salario más recientes.

Si no tiene ingresos, ni documentos que comprueben sus entradas de dinero, como requisito, deberá presentar una carta explicando cómo se mantiene usted y su familia.

4. Su solicitud no se podrá tramitar hasta que presente toda la información.
5. Es importante que llene y presente la Solicitud de Asistencia Financiera, junto con toda la información requerida, tan pronto como le sea posible para que LLUMC pueda determinar su elegibilidad. Dicha elegibilidad es algo que se podrá determinar una vez que LLUMC reciba toda la documentación.
6. Usted debe firmar y fechar la Solicitud de Asistencia Financiera. Si el paciente o persona responsable del pago y su cónyuge brindan información, ambos deben firmar el formulario.
7. Para más información, sírvase llamar a la oficina de facturación (*Patient Business Office*) al (909) 651-4177, de lunes a jueves de 9:00 a.m. a 5 p.m., y los viernes de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. (exceptuando fines de semana y días feriados). Si necesita ayuda después del horario laboral, en fines de semana o en días festivos, póngase en contacto con uno de los representantes de la oficina de Registración.
8. Envíe el Formulario de Asistencia Financiera completo con todos los documentos necesarios a:

Loma Linda University Medical Center
Patient Business Office
P. O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Medical Center
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
INSTRUCTIONS

SPANISH
Page 1 of 3

20-0332I (8-24)

PATIENT IDENTIFICATION

**INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR
ASISTENCIA FINANCIERA**

El propósito de este formulario es poder determinar la elegibilidad del paciente/persona responsable, según la Política de Atención Caritativa/Pago con Descuento de *Loma Linda University Medical Center*.

**NOMBRE DEL PACIENTE/
PERSONA RESPONSABLE** _____

**NOMBRE DEL
CÓNYUGE** _____

DIRECCIÓN

TELÉFONO
Casa: _____
Trabajo: _____

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL del
Paciente/Persona Responsable** _____

Cónyuge _____

SITUACIÓN FAMILIAR (Escriba el nombre de todos los dependientes bajo su manutención)

Nombre	Edad	Parentesco

SITUACIÓN LABORAL

Paciente/Persona Responsable

Empleador _____
Puesto laboral _____
Persona de contacto en el trabajo _____
Número de teléfono laboral _____

Cónyuge

Empleador _____
Puesto laboral _____
Persona de contacto en el trabajo _____
Número de teléfono laboral _____



Loma Linda University Medical Center
**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
 INSTRUCTIONS**

SPANISH
Page 2 of 3

20-03321 (8-24)

PATIENT IDENTIFICATION



INGRESOS

	Paciente/ Persona Responsable	Cónyuge
1. Sueldo & Salario bruto/anual (sin deducciones)	\$ _____	\$ _____
2. Ingreso anual por negocio propio	\$ _____	\$ _____
3. Otros Ingresos:		
a. Intereses & Dividendos	\$ _____	\$ _____
b. Renta de Bienes Raíces/Arriendos	\$ _____	\$ _____
c. Seguro Social	\$ _____	\$ _____
d. Pensión Alimenticia	\$ _____	\$ _____
e. Manutención de Menores	\$ _____	\$ _____
f. Desempleo/Incapacidad	\$ _____	\$ _____
g. Asistencia Pública	\$ _____	\$ _____
h. Todos los demás ingresos (adjunte la lista)	\$ _____	\$ _____
Ingreso Total (sume las líneas del 1 – 3h)	\$ _____	\$ _____

GASTOS INUSUALES

Favor de anotar cualquier gasto inusual tales como cuentas médicas, bancarrota, ordenes judiciales o arreglos de pago (adjunte una lista, si lo necesita).

Descripción	Cantidad

Al firmar, declaro/declaramos que toda la información provista es veraz y correcta según mi/nuestro entender. Autorizo/autorizamos a LLUMC que verifique cualquier información anotada en esta solicitud; y explícitamente le otorgo/otorgamos permiso de contactar a mi/nuestro empleador.

_____	_____	_____
Firma del Paciente/Persona Responsable	Parentesco con el Paciente	Fecha
_____	_____	
Firma del Cónyuge	Fecha	