



1375 University Avenue Healdsburg, CA 95448

## INSTRUCCIONES

1. Complete todas las áreas de la solicitud que se adjunta. Si un área no le aplica, escriba "N/A" en el espacio proporcionado. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder una pregunta.

2. Usted debe proporcionar la prueba de ingresos más reciente al enviar esta solicitud. *Para California, la documentación de los ingresos debe limitarse a los comprobantes de pago o declaraciones del impuesto sobre la renta más recientes.*

Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingreso:

Si presentó una declaración federal del impuesto sobre la renta:

Declaración federal del impuesto sobre la renta (Formulario 1040) del año más reciente, incluidos todos los cronogramas y adjuntos tal como se presentaron ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services (IRS)).

*Nota:* si fue declarado dependiente, presente la declaración de impuestos que establezca que lo mencione como dependiente.

Si no presentó una declaración federal del impuesto sobre la renta:

- a. Los dos (2) comprobantes de pago más recientes que muestren los ingresos a la fecha;
- b. Si es empleado autónomo, proporcione documentación de ingresos de los últimos tres (3) meses;
- c. Los dos (2) comprobantes de pago más recientes o prueba de depósito directo de pagos del Seguro social, manutención de hijos, desempleo, discapacidad, pensión alimenticia u otros;
- d. Si se le paga solo en efectivo, pídale a su empleador que le proporcione una declaración por escrito con fecha y firma que explique el monto y la frecuencia de sus pagos.

*Nota:* si no tiene ingresos, proporcione una carta en la que explique de qué modo provee sustento para usted y/o para su familia.

3. Su solicitud no será procesada hasta que se proporcione  *toda* la información requerida.

4. Es importante que complete, firme y envíe la solicitud de asistencia financiera junto con toda la documentación requerida en un plazo de catorce (14) días.

5. Usted *debe* firmar y colocar la fecha en la solicitud. Si el paciente/garante y el cónyuge/pareja doméstica brinda información, ambos *deben* firmar la solicitud.

6. Si tiene preguntar o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al representante de su cuenta al (707) 431-6500.

7. Envíe su solicitud completa a:

Hospital del Distrito de Healdsburg  
Attn: Financial Assistance  
1375 University Avenue  
Healdsburg, CA 95448

*Calificar o recibir asistencia financiera no afectará el derecho del paciente a acceder atención médica necesaria o de emergencia.*



1375 University Avenue Healdsburg, CA 95448

<b>Información personal</b>		
Número de cuenta		
Nombre del paciente/garante		
¿El paciente ha recibido y/o solicitado asistencia financiera de HDH previamente?	___ Sí ___ No	Una solicitud o decisión previa de asistencia financiera no afecta la decisión sobre la solicitud actual.
¿El paciente ha solicitado otro tipo de asistencia? (Medicaid, Medicare, DHS, SSI u otros programas federales)	___ Sí ___ No	<u>De ser así</u> , adjunte una copia firmada de la solicitud a esos programas.
Nombre del cónyuge o pareja doméstica:		
Dirección (calle)		
Dirección (ciudad, estado, código postal)		
Teléfono del domicilio		
Teléfono de trabajo		
Teléfono celular		
N.º de seguro social del paciente/garante		
N.º de seguro social del cónyuge o pareja doméstica		
<b>Situación familiar</b>		
Enumere todos los dependientes que mantenga (utilice el reverso si necesita espacio)		
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
<b>Situación laboral</b>		
	Paciente/garante	Cónyuge/Pareja doméstica
Nombre del empleador		
Puesto		
Persona de contacto		
Teléfono de contacto		



1375 University Avenue Healdsburg, CA 95448

<b>Ingresos anuales</b>			
Descripción	Paciente/ garante	Cónyuge/Pareja doméstica	Total
1. Salario y sueldos brutos			
2. Ingresos como empleado autónomo			
3. Intereses/Dividendos			
4. Rentas/Alquileres			
5. Seguro social			
6. Pensión alimenticia			
7. Manutención de hijos			
8. Desempleo/Discapacidad			
9. Asistencia pública			
10. Todas las demás fuentes (adjunte una lista)			
<b>Ingreso anual total</b>			

<b>Bienes</b>				
Descripción	Paciente/garante	Cónyuge/Pareja doméstica	Valor total	Monto adeudado
1. Saldo de cuentas corrientes				
2. Saldo de cuentas de ahorros				
3. Acciones, bonos, valor de certificados de depósito				
4. Residencia principal				
5. Otras propiedades (adjunte una lista)				
6. Vehículos motorizados (adjunte una lista)				
7. Otra propiedad personal				
8. Otro _____				
<b>Total de bienes</b>				



1375 University Avenue Healdsburg, CA 95448

Gastos de mantenimiento esenciales	
Descripción	Importe pagado Por mes
Pago de alquiler o casa	
Alimentos e insumos para el hogar	
Servicios públicos y teléfono	
Ropa	
Pagos médicos y odontológicos	
Seguro	
Escuela o cuidado infantil	
Manutención de hijos o cónyuge	
Gastos de transporte y automóvil, incluso seguro, combustible y reparaciones, Pago de cuotas	
Lavandería y limpieza	
Otros gastos extraordinarios	
Otros gastos extraordinarios	

El firmante declara que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a su leal entender.

El firmante autoriza al Hospital del Distrito de Healdsburg a verificar toda la información enumerada en esta solicitud. El firmante otorga permiso expresamente a que se contacte a su empleador, instituciones bancarias y de préstamos, para verificar su historial de crédito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/pareja doméstica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha