



## Solicitud de atención médica caritativa/a indigente

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

Cuenta(s) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código postal

Condado: \_\_\_\_\_

### ¿Por qué razón solicita el paciente atención médica caritativa?

- Solicito una preaprobación de un procedimiento ordenado por un médico.
- Adjunte la orden del médico a la solicitud
  - Marco temporal solicitado por el médico \_\_\_\_\_
- Solicito por cuentas existentes

### Responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene niños menores de 18 años que vivan con usted?

- Sí  
 No

2. ¿Se encuentran los niños actualmente en Medicaid?

- Sí  
 No

3. ¿Se le ha evaluado para?

- Sí  
 No

4. ¿Recibe actualmente cupones de alimentos?

- Sí (en caso afirmativo, monto por mes) \_\_\_\_\_  
 No

5. ¿Reciben los niños WIC?

- Sí  
 No

6. ¿Está usted discapacitado?

- Sí  No

**7. ¿Cuál es su estado civil?**

Soltero     Casado     Divorciado     Viudo

**8. ¿Tiene ciudadanía estadounidense?** \_\_\_\_\_**9. ¿Cuánta gente vive en su hogar?** \_\_\_\_\_**10. ¿Tiene casa propia?** \_\_\_\_\_

- En caso afirmativo, valor \_\_\_\_\_ capital \_\_\_\_\_

**11. Enliste los balances de sus cuentas bancarias:**

- Ahorros \_\_\_\_\_
- Cheques \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Nombre	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Patrón actual/Más reciente	Número de teléfono de su patrón	Ingreso mensual bruto

**Nota al solicitante:** usted no tiene que reportar ingresos ni incluir una persona en el hogar si esa persona no es legalmente responsable de las cuentas médicas del paciente. Ejemplo: si tiene un hermano o hermana que vive con usted y no es su tutor legal, esa persona no es responsable de pagar sus cuentas médicas y no se incluirá.

**Miembros del hogar del paciente**

Nombre	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Patrón actual/Más reciente y número de teléfono patrón	Ingreso mensual bruto

Si el ingreso de cualquier miembro es de autoempleo, usted puede proporcionar información sobre costos comerciales para que determinemos el ingreso real por considerarse. Escriba los detalles al reverso de esta hoja.

Reconozco que toda la información provista es exacta y completa a mi saber y entender. Comprendo que no se tomará ninguna determinación o aprobación hasta que proporcione la información incompleta o faltante y tome las medidas requeridas. La información incorrecta puede resultar en el rechazo de la solicitud.

Autorizo a Northridge Medical Center a tomar las acciones necesarias (incluidas, entre otras, conducir una revisión de mi historial crediticio) para verificar la exactitud de la información provista en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del asesor financiero

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\*\*\*

**Para uso exclusivo del personal del hospital**

Determinación: elegible para descuento en servicios de \_\_\_\_\_ %

Inelegible: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_ Firma del personal: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Costo del procedimiento preaprobado \_\_\_\_\_

Medicare deducible \_\_\_\_\_