



**San Bernardino Mountains Community
Hospital District
Solicitud de atención de beneficencia**

INSTRUCCIONES

1. Complete *todas* las áreas del formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no le corresponde, escriba N/C en el espacio provisto.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para contestar alguna pregunta.
3. *Debe* proporcionar evidencia de los documentos de ingresos cuando envíe esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como evidencia de ingresos:

Si presentó una devolución del impuesto federal sobre la renta, debe enviar una copia de:

- a. La devolución del impuesto federal sobre la renta (Formulario 1040) del año más reciente. Debe incluir todos los cronogramas y los adjuntos según como se envían al Servicio de Impuestos Internos.

Si no presentó una declaración del impuesto federal sobre la renta, proporcione lo siguiente:

- a. Dos (2) talones de los cheques de sueldo más recientes.
- b. Una carta donde se explique por qué no presenta una declaración del impuesto federal sobre la renta.

Si no tiene ingresos o evidencia de documentos de ingresos, proporcione una carta donde se explique cómo se mantiene a sí mismo y a su familia.

4. Su solicitud no se puede procesar hasta que se proporcione *toda* la información requerida.
5. Es importante que complete y envíe la solicitud de asistencia financiera junto con todos los adjuntos requeridos dentro de los catorce (14) días.
6. *Debe* firmar y fechar la solicitud. Si el paciente/garante y el cónyuge proporcionan información, ambos *deben* firmar la solicitud.
7. Si tiene preguntas, llame a su representante de cuentas.
8. Envíe su solicitud completa a:

San Bernardino Mountains Community Hospital District
Patient Financial Services Department
Attn: Customer Service
PO Box 70
Lake Arrowhead, CA 92352

San Bernardino Mountains Community Hospital District
Solicitud de atención de beneficencia

NOMBRE DEL PACIENTE/ GARANTE		NOMBRE DEL CÓN-YUGE	
Dirección		Teléfono particular	
		Teléfono laboral	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
Paciente/ garante		Cónyuge	

Enumere los números de cuenta de Mountains Community Hospital (MCH) a ser considerados para la atención de beneficencia:

SITUACIÓN FAMILIAR
Enumere todas las personas a cargo que mantiene

SITUACIÓN FAMILIAR		
Enumere todas las personas a cargo que mantiene		
Nombre	Edad	Relación

SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	
Enumere todas las personas a cargo que mantiene	
Empleador del paciente/garante	Cargo

Persona de contacto	Teléfono
Empleador del cónyuge	Cargo
Persona de contacto	Teléfono

INGRESOS		
	Paciente/garante	Cónyuge
1. Salario bruto y sueldo por año (antes de las deducciones)		
2. Ingresos por trabajo autónomo por año		
3. Otros ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Rentas y arrendamientos de bienes inmuebles		
5. Seguro social		
6. Pensión alimenticia		
7. Manutención de los hijos		
8. Desempleo/discapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las otras fuentes (adjunte lista)		
Ingresos totales (agregue las líneas anteriores del 1 al 10)		

GASTOS INUSUALES
Proporcione información sobre cualquier gasto inusual, tales como facturas médicas, quiebra, juicios en la corte o pagos de acuerdos (adjunte una lista según sea necesario).

Descripción	Monto

Al firmar a continuación, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es veraz y correcta a mí/nuestro leal saber y entender. Autorizo/Autorizamos al distrito del hospital a verificar cualquier información enumerada en esta solicitud. Otorgo/Otorgamos expresamente el permiso para comunicarse con mi/nuestro empleador.

Firma del paciente/garante

Firma del cónyuge

Fecha

Fecha