

UC DAVIS HEALTH

Solicitud de asistencia financiera

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido		Primer nombre		N.º de cuenta de garante	N.º de expediente médico
2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		RELACION CON EL PACIENTE		ESTADO CIVIL	
		<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Otro
				<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero
				<input type="checkbox"/> Separado	
Apellido		Primer nombre			
Fecha de nacimiento	Número de dependientes en la declaración de impuestos actual	Edad de los dependientes		Número telefónico ()	
Dirección (no use casilla de correo)		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
3. INFORMACIÓN DE INGRESOS (Se necesita documentación de respaldo)					
Fuente de ingreso mensual	Solicitante		Cosolicitante		Ingreso mensual combinado
Ingresos laborales	\$		\$		\$
Manutención de niños	\$		\$		\$
Pensión alimenticia	\$		\$		\$
Ayuda social	\$		\$		\$
Donación	\$		\$		\$
Otro (desempleo, pensión, etc.)	\$		\$		\$
Ingreso mensual combinado total					\$
¿Amigos o parientes le proporcionan alojamiento y comida?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

4. Firma y fecha	
<p>PROPÓSITO: El propósito de esta información es determinar su capacidad de pagar por los servicios en UCDH o su posible elegibilidad para un programa de asistencia médica. Esta información NO es una solicitud para Medi-Cal, Sacramento County Medically Indigent Service Program (Programa de servicios para personas en la indigencia médica del condado de Sacramento) ni ningún programa de asistencia de otro condado. DEBE CONTACTAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES EN SU CONDADO DE RESIDENCIA PARA SOLICITAR PROGRAMAS DE ASISTENCIA.</p> <p>Certifico que la información anterior es correcta y está completa. Entiendo que el hospital se reserva el derecho de verificar toda la información proporcionada. Acepto notificar al UCDH Patient Billing Customer Service Department (Departamento de servicio al cliente y facturación de pacientes de UCDH) al (916) 734-9200 sobre cualquier cambio en mi información financiera dentro de los 10 días del cambio. COMPRENDO QUE SIGO SIENDO RESPONSABLE DEL MONTO TOTAL DE MIS CARGOS EN UCDH.</p>	
_____	_____
Firma del paciente / parte responsable	Fecha