

# Formulario de evaluación para atención de caridad

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA/SERVICIOS NO REMUNERADOS DE UC IRVINE HEALTH

El Programa de asistencia financiera de UC Irvine Health les brinda asistencia financiera a los pacientes que tienen necesidades de atención de salud médicamente necesarias que tienen bajos recursos, no tienen seguro o tienen seguro insuficiente, que no son elegibles por un programa de gobierno y que, de otro modo no son capaces de pagar por la atención médicamente necesaria basándose en su situación financiera individual familiar.

Para determinar si un paciente/garante califica para la asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá brindarle la debida consideración a su solicitud de asistencia financiera. Complete el cuestionario a continuación y regrese junto con la(s) copia(s) de su recibo de sueldo y resumen bancario.

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Garante/N.º de cuenta \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 N.º de Seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_ H=Hombre M=Mujer  
 Número de dependientes presentados en la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

¿Tiene hogar? Sí ( ) No ( )  
 ¿Posee otra propiedad? Sí ( ) No ( )  
 ¿Tienen automóviles? Sí ( ) No ( )

Enumere los dependientes:

Nombre	Relación	Edad	Sexo

### INGRESOS: PROPORCIONE LAS FOTOCOPIAS DE LOS RECIBOS DE SUELDO Y DE LOS RESÚMENES BANCARIOS Y MENCIONE LOS INGRESOS

	Mensual	Anual
Salarios (Mismo paciente)	_____	_____
(Cónyuge)	_____	_____
(Otro miembro de la familia)	_____	_____
Empleado autónomo	_____	_____
Asistencia pública	_____	_____
Seguro social	_____	_____
Indemnización por desempleo	_____	_____
Jubilación	_____	_____
Pensión alimenticia / Manutención de hijos	_____	_____
Asignación familiar militar	_____	_____
Pensiones	_____	_____
Ingresos por dividendos, interés, renta	_____	_____

### GASTOS (Mensuales)

Hipoteca/Alquiler (1) \_\_\_\_\_  
 Servicios públicos \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Alimento \_\_\_\_\_  
 Finanzas/Otros préstamos \_\_\_\_\_  
 Préstamos para automotor \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_  
**TOTAL DE GASTOS** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN BANCARIA

N.º de cta. de cheques: \_\_\_\_\_  
 Saldo: \_\_\_\_\_  
 N.º de cta. de ahorros: \_\_\_\_\_  
 Saldo: \_\_\_\_\_

### Facturas médicas

\_\_\_\_\_

(1) Si no tiene, mencione la fuente de vivienda \_\_\_\_\_

- Declaro, bajo de pena de perjurio, que las respuestas que proporcioné son verdaderas y correctas según mi leal entender.
- Conuerdo en informarle al proveedor de servicios, dentro de los 10 días, si existe algún cambio en mis ingresos (o de las personas en nombre de las que actúo), propiedad, gastos o personas que componen el hogar o algún cambio de dirección.
- Comprendo que se me puede pedir que pruebe mis declaraciones y que mis declaraciones para la elegibilidad estén sujetas a verificación poniéndose en contacto con mi empleador, banco, verificación crediticia y búsquedas de inmuebles.
- Asimismo conuerdo, en cuanto a la recepción de servicios de atención médica como consecuencia de un accidente o lesión, en reembolsarle al hospital las ganancias derivadas de cualquier litigio o acuerdo que resulte de dicho acto.
- Entiendo que si no califico para los servicios no remunerados, seré personalmente responsable de los cargos por los servicios que preste UC Irvine Health o que puedo apelar la decisión por escrito presentando documentación adicional.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha