

EL CENTRO REGIONAL MEDICAL CENTER

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR AYUDA ECONÓMICA

Como parte de nuestro compromiso para servir a la comunidad, El Centro Regional Medical Center (ECRMC) ha decidido proporcionar ayuda financiera a pacientes / fiadores que tienen necesidades médicas y que son personas de bajo ingreso, sin seguro médico, o que de otra forma no puedan pagar el cuidado médico necesario basado en sus necesidades económicas, como se define por las Normas Federales del Ingreso de Pobreza (*Federal Poverty Income Guidelines*). La ayuda económica no se considera como un sustituto de la responsabilidad personal, y se espera que los pacientes / fiadores cooperen con el proceso llevado a cabo por ECRMC para obtener ayuda financiera, así como que contribuyan a los gastos de su atención médica, en base a su habilidad individual de pago.

Para determinar si el paciente / fiador llena los requisitos para recibir la ayuda económica necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá darle toda la debida consideración a su solicitud para dicha ayuda. Haga el favor de proporcionar la siguiente información, así como copias de los documentos requeridos junto con su solicitud para ayuda económica.

- 1. Estado de condición financiera y**
- 2. Documentos para verificar su ingreso**

Por favor proporcione uno o más de lo siguiente:	Por favor proporcione una copia de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> A. Formulario W-2 IRS, estado de ingresos y de todas las personas asalariadas que viven en la casa; B. Los dos últimos talonarios de ingresos de todas las personas asalariadas que viven en la casa; y/o C. Estados de cuenta bancarios con información de ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Asistencia gubernamental, Seguro Social, o Compensación por accidentes laborales; si aplica. B. Carta de compensación por desempleo; si aplica. C. Declaración de impuestos del año anterior. Nota: Requerido si el paciente declaró sus impuestos.

En el caso de que no se disponga de una verificación de ingresos, póngase en contacto con nuestra oficina para recibir instrucciones adicionales. Las solicitudes que no vengan acompañadas de una verificación de ingresos se considerarán incompletas y no serán procesadas. Para solicitar ayuda para completar esta solicitud, llame El Centro Regional Medical Center al 760-339-7277, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Por favor, envíe la solicitud y la documentación de verificación de ingresos en un plazo de 14 días calendario, a:

Patient Accounting Department-Financial Counseling
 El Centro Regional Medical Center
 1415 Ross Avenue
 El Centro, California 92243

Tome nota de que los médicos que proporcionan servicios en El Centro Regional Medical Center no son empleados de El Centro Regional Medical Center. Usted recibirá una factura por separado de su médico y de otros médicos cuyos servicios usted haya solicitado (esto es, cirujano, radiólogo, anesthesiólogo, patólogo, pediatra especialista en niños hospitalizados, etc.). La Solicitud de Ayuda Económica no cubre ninguna cantidad pendiente que usted deba por honorarios médicos. Para preguntas relacionadas con dichas facturas o para hacer arreglos de pago por honorarios médicos, comuníquese al consultorio del médico en cuestión. Le notificaremos acerca de su elegibilidad después de recibir y revisar toda la información necesaria. La notificación se enviará por correo al domicilio que usted nos ha proporcionado en su Solicitud de Ayuda Económica.

**EL CENTRO REGIONAL MEDICAL CENTER
STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION**

Número de Cuenta:	
Nombre del Paciente/SSN:	
Nombre del Fiador/SSN:	
Nombre del Fiador/SSN:	
Domicilio:	
Teléfono:	

CONDICIÓN FAMILIAR: Enumere todos los dependientes que viven en la casa

Nombre	Edad	Parentesco/Relación

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador:	Posición:
Nombre de persona a contactar :	Teléfono:
Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio:	

Empleador del Cónyuge:	Posición:
Nombre de persona a contactar :	Teléfono:
Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio:	

INGRESO MENSUAL ACTUAL

		Fiador	Fiador
AGREGUE	Ingreso bruto (antes de deducciones)		
	Ingreso de negocios activos (si trabaja por su cuenta)		
	Otros ingresos:		
	Intereses y Dividendos		
	De bienes raíces o de propiedad personal		
	Seguro Social		
	Otros (especifique)		
	Pensión alimenticia o pagos de manutención recibidos:		
SUBTRAIGA	Pensión alimenticia, pagos de manutención		
IGUAL	Ingreso mensual actual		
	Ingreso mensual total (combine ambos fiadores)		

CANTIDAD DE PERSONAS Número de las personas que viven en la casa:	
---	--

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en que El Centro Regional Medical Center revise mi historial de empleo y de crédito con la finalidad de determinar mi elegibilidad para un descuento económico. Entiendo que también necesitaré presentar los documentos señalados en las instrucciones de la Solicitud de Ayuda Económica de ECRMC en un plazo de 14 días.

Firma del Fiador: _____ Fecha: _____

Firma del Fiador: _____ Fecha: _____