



Glendora Hospital

A College Medical Center Behavioral Health Hospital

Nombre del Paciente:

Numero Financiero del Paciente:

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Tabla de Ingresos y Gastos Actuales

Nombre del Paciente

Nombre del Espos(a)

Domicilio

Telefono

Numero de Seguro Social:

(Paciente)

(Espos(a))

EMPLEO Y OCUPACION

Empleador

Posicion

Persona de Contacto

Si es negocio propio, cual es el nombre del negocio

Empleador de su espos(a)

Posicion

Persona de Contacto

Si es negocio propio, cual es el nombre del negocio



Glendora Hospital

A College Medical Center Behavioral Health Hospital

Nombre del Paciente:

Numero Financiero del Paciente:

INGRESO MENSUAL ACTUAL

	Paciente	Esposo(a)
Salario total del empleo (Antes de las deducciones)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del negocio operativo: (si trabaja por cuenta propia)	\$ _____	\$ _____
Declaracion de impuestos	\$ _____	\$ _____
Total de ingresos mensuales actuales: (Añadir todas las cifras desde arriba)	\$ _____	\$ _____

DECLARACION JURADA SIN INGRESOS: – Debe colocar sus iniciales en la declaracion a continuacion. Yo, _____, por la presente certifico que no tengo trabajo ni bienes, ni ingresos que no sean posibles donaciones de otros. Iniciales del Padre/Madre/Garante _____

BIENES Y DEUDAS

Proporcione su mejor estimacion del valor de cualquier casa, automovil o bienes similares. Ademas, indique cuanta deuda tiene actualmente.

Bienes:

- a. Casa y propiedad : \$ _____
- b. Automoviles: \$ _____
- c. Plan de retiro: \$ _____
- Inversiones/otros (especifique): \$ _____

Deudas:

- a. Cantidad adeudada en hipotecas: \$ _____
- b. Cantidad adeudada en automoviles: \$ _____
- c. Cantidad adeudada en tarjetas de credito: \$ _____
- d. Otro: \$ _____



Glendora Hospital

A College Medical Center Behavioral Health Hospital

Nombre del Paciente:

Numero Financiero del Paciente:

ESTADO FAMILIAR

Lista de todos los dependientes que apoya

Nombre	Edad	Relacion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certifico que la informacion indicada arriba es verdadera y correcta. Autorizo al Hospital Glendora a comunicarse con las instituciones del empleador en esta solicitud o con una agencia de informes crediticios para verificar su exactitud. Ademas, autorizo a los empleadores, instituciones y/o agencias de informes crediticios a divulgar dicha informacion a College Hospital.

(Fecha)

(Firma del Paciente o Garante)

(Fecha)

(Firma del Esposo (a))



Glendora Hospital

A College Medical Center Behavioral Health Hospital

Instrucciones Para la Solicitud de Asistencia Financiera

1. Complete todas las areas en el formulario de solicitud adjunto. A. Si alguna area no le aplica a usted, escribe N/A en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una pagina adicional si necesita mas espacio para responder alguna pregunta.
3. Se requiere comprobante de ingresos cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos son aceptados como prueba de ingresos:
 - a. Dos (2) talones de cheque de pago mas recientes;
 - b. Formulario federal W-2 que muestre salarios y ganancias
 - c. Declaracion de Ingresos Mensuales del Seguro Social
 - d. Si le pagan solo en efectivo, proporcione una declaracion por escrito que explique sus fuentes de ingresos.
4. Si no tiene ingresos, complete y ponga sus iniciales en la DECLARACION JURADA DE SIN INGRESOS en la pagina 2 de la solicitud.
5. Debera presentar tres (3) declaraciones bancarias consecutivas. Asegurese de que se proporcionen todas las cuentas y estados de cuenta completos (todas las paginas).
6. Es importante que complete, firme y envíe la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos adjuntos requeridos dentro de los catorce (14) dias.
7. Debe firmar y fechar la solicitud.
8. Su solicitud no puede procesarse hasta que se proporcione toda la informacion requerida. Su solicitud completa puede enviarse por correo postal o electronico a la siguiente direccion:

*GLENDORA HOSPITAL
PO BOX 16421
LONG BEACH, CA 90806
ATTN: BUSINESS OFFICE*

Si tiene alguna pregunta, comuniquese directamente con la **Oficina de Negocios: al 562-256-8314**. Gracias de antemano por su cortesia y pronta atencion con respecto a este asunto.