



**PIH HEALTH HOSPITAL
REQUEST FOR
FINANCIAL ASSISTANCE/
UNCOMPENSATED SERVICES**

11500 Brookshire Ave.
Downey, CA 90241

P: 562.904.5000
TDD: 562.861.3130

**Favor de enviar por correo su solicitud completa y archivos
a: PIH Health PO Box 511216 Los Angeles, CA 90051**

ACT: _____ MR: _____

DOB: _____
ADM: _____ RM: _____

PIH HEALTH HOSPITAL SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA/SERVICIOS NO COMPENSADOS

Le pido a PIH Health que determine si soy elegible para recibir ayuda para pagar mi factura del hospital. Entiendo que necesito dar cierta información para que se haga esto. Entiendo que completar este formulario no garantiza que vaya a recibir esta ayuda. Si no cumplo con los requisitos para recibir servicios sin compensación, yo soy responsable de mi factura del hospital.

Nombre _____ Número de Cuenta _____

Dirección _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____ Fecha de Nacimiento _____

Código de Sexo _____ 1=Hombre 2=Mujer Número de Familiares que Viven Con Usted _____

| Nombre | Relación | Edad | Sexo | Nombre | Relación | Edad | Sexo |
|--------|----------|-------|-------|--------|----------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Nombre del Médico _____ Diagnóstico _____

INGRESOS POR FAVOR, FACILITE FOTO COPIAS DE CHEQUES Y SALDOS BANCARIOS, Y LISTE LOS INGRESOS

| | Mensuales | Anuales | | Mensuales | Anuales |
|------------------------|-----------|---------|--|-----------|---------|
| Sueldos (Usted) | _____ | _____ | Compensación por Desempleo | _____ | _____ |
| (Su Esposo/a) | _____ | _____ | Beneficios de Huelga | _____ | _____ |
| (Otro Familiar) | _____ | _____ | Pensión Alimenticia/Manutención de los Hijos | _____ | _____ |
| Granja o Empleo Propio | _____ | _____ | Asignaciones del Ejército Para la Familia | _____ | _____ |
| Asistencia Pública | _____ | _____ | Pensiones | _____ | _____ |
| Seguro Social | _____ | _____ | Ingresos (Dividendos, Intereses, Alquiler) | _____ | _____ |

GASTOS (Mensuales)

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| Hipoteca/Alquiler _____ (1) | Seguro Médico _____ |
| Servicios Públicos _____ | Seguro del Carro _____ |
| Teléfono _____ | Facturas Médicas _____ |
| Alimentos _____ | Hospital _____ |
| Finanzas/Otros Préstamos _____ | Médico _____ |
| Préstamos del Carro _____ | Medicamentos _____ |

(1) Si no hay, forma de vivienda _____ **GASTOS TOTALES** _____

¿Es dueño/a de su casa? Sí No
Si la casa es suya, cuál es su valor aproximado _____ Cantidad que debe _____
¿Es dueño de alguna otra propiedad? Sí No Si lo es, cuál es su valor aproximado _____
¿Es dueño de algún carro? Sí No
Si lo es, indique el modelo y la marca _____ Año _____ Valor _____

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son ciertas a mi leal saber.
- Acepto comunicar al proveedor de servicios en 10 días si hay algún cambio en mis ingresos (míos o de las personas que represento), propiedades, gastos, o personas que viven bajo mi mismo techo, o un cambio de dirección
- Entiendo que me pueden pedir que pruebe lo que digo y que mi elegibilidad está sujeta a verificación por contacto con mi empleador, banco, verificación de crédito y búsquedas de propiedad.
- También acepto que, en consideración por recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o lesión, reembolsaré al hospital las ganancias de cualquier disputa legal que resulte de este caso.
- Yo entiendo que si no califican para los servicios no compensado, que seré personalmente responsable por los cargos de los servicios prestados por PIH Health, o que puedo apelar la decisión por escrito con documentación adicional

Firma _____ Fecha _____ Hora _____ Imprimir Nombre _____

Not Part of the Permanent Medical Record

Return to Business Office