



12401 Washington Blvd.
Whittier, CA 90602

P: 562.698.0811
TDD: 562.696.9267

PIH HEALTH HOSPITAL REQUEST FOR FINANCIAL ASSISTANCE/ UNCOMPENSATED SERVICES

ACT: _____ MR: _____

DOB: _____
ADM: _____ RM: _____

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

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