

Instructions

1. Por favor, complete todos los lugares en el formulario de solicitud adjunta. Si algo no le corresponde a usted escriba N/A en el espacio proporcionado. Por favor, complete la solicitud dentro de 90 días a partir de la fecha del servicio.
2. Añada una hoja adicional si necesita más espacio para responder a cualquier pregunta.
3. Por favor, presente los documentos más recientes de:
 - a. Declaración de impuestos federales (hoja 1040) del año más reciente. Debe incluir todas las planillas y adjuntos como fue presentado al Servicio de Impuestos Internos.
 - b. Si el ingreso ha disminuido desde el ingreso reportado en su declaración de impuestos federales, por favor presente talones de cheque de los dos cónyuges (si aplica) junto con la declaración de impuestos federales.
 - c. Si usted no presentó una declaración de impuestos federales, favor de proveer lo siguiente:
 - Dos (2) talones de cheques más recientes, y
 - Una carta en la cual explica por qué usted no presentó una declaración de impuestos federales.
4. Si usted recibe cualquiera de los siguientes: SSI / INCAPACIDAD / DESEMPLEO / MANUTENCIÓN / PENSIÓN ALIMENTICIA / AYUDA FINANCIERA / ESTAMPILLAS DE COMIDA. Por favor adjunte pruebas de ingreso junto con su Declaración de Impuestos Federales.
5. Si no tiene fuente de ingresos necesitaremos una carta declarando cómo se mantiene. Si usted declara que recibe apoyo económico de un individuo por favor adjunte una carta de esa persona la cual usted dice que lo mantiene.
6. Si no tiene seguro médico puede ser elegible para un programa del gobierno. Favor de proveer una carta de determinación de elegibilidad de un programa del condado si es que no tiene seguro antes de solicitar ayuda financiera.
7. La solicitud deberá estar firmada por todas las personas que están proveyendo documentos.

Por favor tenga en cuenta que la política de asistencia financiera no se aplica a:

 - a. Paciente con Medi-cal su parte del costo.
 - b. No se aceptan servicios en el futuro, se deben de brindar los servicios antes de que se pueda procesar la solicitud.
 - c. Residentes fuera del condado son elegibles sólo para casos de emergencia.
 - d. Servicios de Sequoia Prompt Care (Atención Rápida) no son aplicables.
 - e. Médicos de factura separada o California Emergency Physicians (Médicos de Sala de Emergencias).
8. Envíe aplicación a:

Kaweah Delta Health Care District
400 W. Mineral King Ave.
Visalia, CA 93291

Los Servicios Financieros para el Paciente

se encuentra en el vestíbulo de Acequia en la esquina de las calles Floral y Acequia.

305 W. Acequia Ave.
Visalia, CA 93291

El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente esta disponible para ayudarlo con todas as preguntas que tenga sobre su solicitud.

(559) 470-0016
or
sin costo 1-844-262-8636

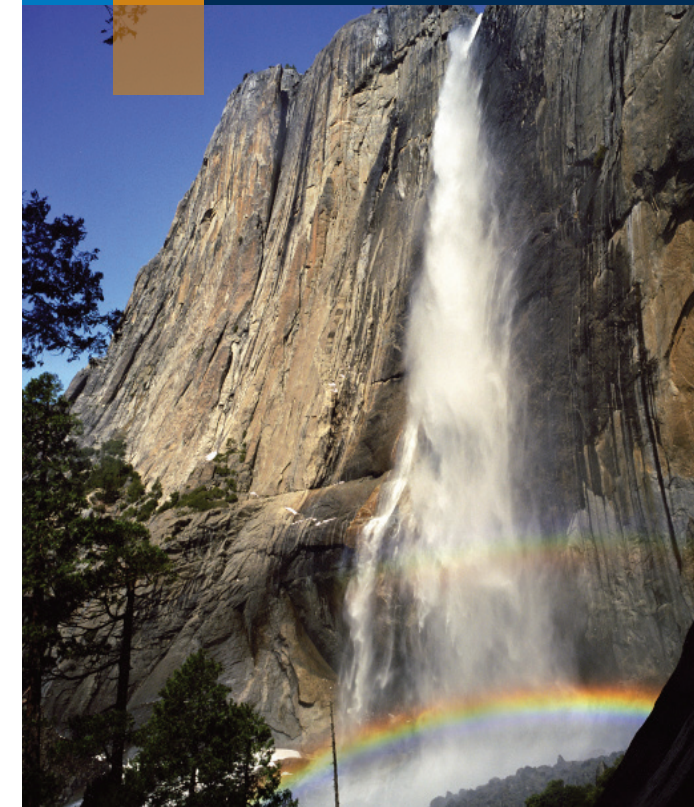
Horas de oficina

Lunes – Viernes
8 am a 5 pm



Más que medicina. **Vida.**

400 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
Phone (559) 624-2000



Solicitud de Asistencia Financiera



PACIENTE/GARANTE

Nombre	Nombre del Cónyuge
--------	--------------------

DIRECCIÓN

	TELÉFONO
	Hogar
	Trabajo

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Paciente/Garante	Cónyuge
------------------	---------

CONDICIÓN FAMILIAR

Anote a todos los dependientes que usted mantiene

Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación

CONDICIÓN DE EMPLEO

Paciente / Empleador Garante	Puesto
Persona de Contacto	Teléfono

Empleador del Cónyuge	Puesto
Persona de Contacto	Teléfono

INGRESOS

	Paciente/Garante	Cónyuge
1. Sueldo y Salario Bruto/Año (antes de deducciones)		
2. Ingreso de Empleo por Cuenta Propia /Año		

OTROS INGRESOS

	Paciente/Garante	Cónyuge
3. Intereses y Dividendos		
4. Rentas y Arrendamientos de Propiedades		
5. Seguro Social		
6. Pensión Alimenticia		
7. Manutención Infantil		
8. Desempleo/Discapacidad		
9. Asistencia Pública		
10. Cualquier otra fuente de ingreso (adjuntar lista)		
	Ingreso total (sumar las hileras 1 a 10 arriba)	\$

GASTOS INUSUALES

Por favor presente información de gastos inusuales como facturas médicas, bancarrota, sentencias del tribunal o pagos de conciliaciones (adjunte lista si es necesario)

Descripción	Importe
Descripción	Importe
Descripción	Importe

Al firmar abajo, declaro/declaramos que toda la información provista es verdadera y correcta a mi/nuestro mejor entender. Yo/nosotros autorizamos a Kaweah Delta Health Care District a verificar toda la información enumerada en esta solicitud. Expresamente concedemos permiso para contactar a mi/nuestro empleador.

Firma del Paciente/Garante

Firma del Cónyuge

Fecha

Fecha