

# Formulario de solicitud de ayuda financiera – HealthBridge Orange

## Información del paciente

(Escriba en letra de imprenta y rellene todos los campos. Indicar N/A si no es aplicable en cualquier línea individual de la solicitud)

Fecha \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Número de seguridad social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Datos del responsable/tutor legal

(Si el paciente anterior es el mismo que la parte responsable, deje este apartado en blanco).

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Número de seguridad social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información sobre el cónyuge responsable

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, rellene los datos del cónyuge del paciente).

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Número de seguridad social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Dependientes de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, rellene los datos del cónyuge del paciente).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con la parte responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con la parte responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con la parte responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con la parte responsable \_\_\_\_\_

Número de adultos y niños que viven en el hogar \_\_\_\_\_

## Ingresos mensuales

(Indique los importes en dólares de cada uno de los conceptos enumerados a continuación. Indique el importe mensual de cada uno).

Ingresos del solicitante \_\_\_\_\_  
Ingresos del cónyuge solicitante \_\_\_\_\_  
Prestaciones de Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Ingresos por pensiones/jubilaciones \_\_\_\_\_  
Ingresos por incapacidad \_\_\_\_\_  
Indemnización por desempleo \_\_\_\_\_  
Indemnización laboral \_\_\_\_\_  
Ingresos por Intereses y dividendos \_\_\_\_\_

Manutención infantil recibida \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia recibida \_\_\_\_\_  
Ingresos por alquileres \_\_\_\_\_  
Cupones de alimentos \_\_\_\_\_  
Distribuciones recibidas de fideicomisos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
**Ingresos mensuales brutos totales \$** \_\_\_\_\_

## Gastos de manutención mensuales

Hipoteca/alquiler \_\_\_\_\_  
Servicios \_\_\_\_\_  
Teléfono (fijo) \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Alimentos/comida \_\_\_\_\_  
Televisión por cable/Internet/satélite \_\_\_\_\_  
Pago de automóvil \_\_\_\_\_  
Atención infantil \_\_\_\_\_

Manutención infantil/pensión conyugal \_\_\_\_\_  
Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_  
Facturas de médicos y hospitales \_\_\_\_\_  
Seguro de automóvil \_\_\_\_\_  
Seguro de hogar/propiedad \_\_\_\_\_  
Seguro médico \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \_\_\_\_\_  
Otros gastos mensuales \_\_\_\_\_  
**Total gastos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corrientes \_\_\_\_\_  
Acciones/bonos/inversiones/CD(s) \_\_\_\_\_  
Otros bienes inmuebles/residencia secundaria \_\_\_\_\_  
Barco/autocaravana/motocicleta/vehículo recreativo \_\_\_\_\_  
Automóviles de colección/automóviles no esenciales \_\_\_\_\_  
Otros activos \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y completa. Por la presente autorizo a HealthBridge a obtener información de agencias externas de informes crediticios si lo considera necesario.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Comentarios

---

---

---

---

---

# Carta de apoyo financiero

Número de cuenta del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del patrocinador \_\_\_\_\_

Relación con el paciente/solicitante \_\_\_\_\_

Dirección del patrocinador \_\_\_\_\_

A HealthBridge:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ recibe pocos o ningún ingreso y yo le ayudo con sus gastos de manutención. Tiene poca o ninguna obligación conmigo.

Al firmar esta declaración, acepto que la información facilitada es verídica a mi leal saber y entender.

Firma del patrocinador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## DOCUMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN NECESARIAS

Junto con la solicitud, facilite una copia de al menos uno de los siguientes documentos como justificante de ingresos. Si está casado o ha cohabitado con su pareja durante 6 meses o más, ésta deberá presentar una copia de al menos uno de los siguientes documentos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copia de un documento oficial de identidad con fotografía: Licencia de conducir, documento estatal de identidad o pasaporte en vigente.
- Copia de los 3 últimos recibos de nómina del empleador
- Copias de la declaración anual de impuestos más reciente (si es autónomo, incluya todos los anexos)
- Carta de concesión de la Seguridad Social y/o pensión de jubilación
- Declaración anual de impuestos más reciente del padre, madre o tutor, si el solicitante es una persona a su cargo que figura en su declaración de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos
- Copia de los estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses
- Copia del recibo de beneficios por desempleo

Si recibe ayuda de familiares o amigos o vive con ellos, pídeles que rellenen el formulario adjunto titulado "Carta de apoyo". Esto no les hará responsables de sus facturas médicas.

Esto ayudará a demostrar cómo obtiene gastos de manutención. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no necesita rellenar el formulario Carta de apoyo.

Por último, facilite también documentación como prueba de sus gastos médicos y de farmacia/drogas mensuales pendientes de pago. Por favor Tenga en cuenta que se debe recibir la solicitud cumplimentada junto con la prueba de ingresos para que la solicitud sea considerada. No podemos tramitar ni considerar las solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que incluya en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigido.

Queremos proteger su información personal y garantizar que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de seguridad social y otros datos privados, le rogamos que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en mano su solicitud cumplimentada a la siguiente dirección:

**Envíe la solicitud completada a:**

17581 Irvine Blvd., Suite 202, Tustin, CA 92780

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros Representantes de Pacientes al siguiente centro.