

PIH HEALTH, SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACIÓN



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 _____
 Número: 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
Sueldos (Usted)	_____	_____
(Su esposo/a)	_____	_____
(Otro familiar)	_____	_____
Granja o empleo propio	_____	_____
Asistencia pública	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Compensación por desempleo	_____	_____
Beneficios de huelga	_____	_____
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos	_____	_____
Asignaciones del ejército para la familia	_____	_____
Pensiones	_____	_____
Ingresos de 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

Envíe su solicitud llena y los documentos adjuntos por correo a:

PIH Health, Customer Service Department, P.O. Box 511216 Los Angeles, CA 90051