

**Torrance Memorial Medical Center  
Solicitud De Ayuda Financiera**

**INSTRUCCIONES**

---

1. Por favor llene completamente todas las arrias de la aplicación. Si alguna de las arrias no aplican a usted escriba N/A en el espació proporcionado.
2. Si necesita mas espacio, por favor adjunte una hoja por separado.
3. Usted debe presentar prueba de sus finanzas cuando entregué esta aplicación. Los documentos que siguen pueden ser aceptados como prueba de sus finanzas.

**Si usted reporto sus finanzas anuales debe de presentar una copia de:**

- a.. Forma de declaración de impuesto federal del año anterior. Debe incluir todas las formas de los impuestos de la misma manera que los admitió a Servicios De Rentas Internas (IRS).
- b. Dos (2) talones de los cheques mas recientes

**Si usted no reporto sus finanzas al Servicios De Rentas Internas (IRS), por favor presente lo siguiente:**

- a. Dos (2) talones de los cheques mas recientes; y
- b. Una carta explicando la razon que usted no paga impuestos.

**Si usted no recibe ningún tipo de finanzas, por favor provea una carta donde explica como usted o su familia se mantiene.**

4. Estados de cuenta de bancos o inversiones (si los tiene) de los últimos tres (3) meses.
5. Su aplicación no puede ser procesada hasta que toda la información requerida sea provista.
6. Es importante que usted complete y entregué su aplicación de ayuda financiera adjunta con los demás papeles en los próximos catorce (14) días.
7. La aplicación debe tener la fecha y su firma. Si el paciente/garantizador o esposa(o) proporcione información ambos deben firmar la aplicación.
8. Si tiene preguntas, por favor llame a su representate de cuentas.
9. Mande su aplicación completa a:

Torrance Memorial Medical Center  
Patient Financial Services Department  
Attn: Financial Assistant Program  
3330 Lomita Boulevard  
Torrance, CA 90505



<b>Empleado</b>	
<b>Empleado del Paciente/ Garantizador:</b>	<b>Posición:</b>
<b>Persona de Contacto:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Empleado Del/La Esposo(a):</b>	<b>Posición:</b>
<b>Persona de Contacto:</b>	<b>Teléfono:</b>

<b>Ingresos</b>		
	<b>Paciente/ Garantizador:</b>	<b>El/La Esposo(a):</b>
<b>1.Sueldo/Salario Anual</b> (ANTES DEL IMPUESTO DE INGRESO)		
<b>2. Trabajo Por Cuenta Propia/Ingreso Anual</b>		
<b>3. Otros Ingreso:</b>		
<b>3.Intereses y Dividendos</b>		
<b>4.Rentas de Bienes Raíces y Arrienda</b>		
<b>5.Seguro Social</b>		
<b>6. Pensión por Divorcio o Separación</b>		
<b>7. Manutención Infantil</b>		
<b>8.Desempleo/Deshabilidad</b>		
<b>9.Servicios Públicos</b>		
<b>10. Y Otros Recursos</b>		
<b>Total De Ingresos (suma del 1-10)</b>		
<b>Costos Inusuales</b>		

**Proporcione por favor la información de estos costos inusuales como, gastos médicos, bancarrota, juicios de corte o pagos del establecimiento (lista según lo necesitado).**

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>

Por este medio certifico que la información contenida en esta aplicación financiera es correcta y completa en lo que yo tenga conocimiento. Yo/nosotros autorizo a Torrance Memorial Medical Center para verificar la información dada en esta aplicación. Expreso permiso de entrar en contacto con mi/nuestro empleador.

\_\_\_\_\_  
Firma De Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma Del/la Esposo(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha