

Apéndice A

Instrucciones de la solicitud de asistencia financiera

El programa de asistencia financiera de Torrance Memorial Medical Center fue establecido para ayudar a aquellos pacientes que son incapaces de pagar todos una parte de sus servicios de salud.

Debe completar la solicitud de asistencia financiera adjunta y proporcionar la "información requerida" en la lista y marcada bajo el punto VIII de la solicitud de asistencia financiera para ser considerado para el programa de asistencia financiera.

Su solicitud no se puede tramitar hasta que se proporciona toda la información necesaria. Es importante completar y presentar la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos adjuntos necesarios dentro de catorce (14) días desde la fecha de recepción de la solicitud de asistencia financiera.

Usted debe firmar y fechar la solicitud. Si el paciente/garante y el cónyuge proporcionan información, ambos deben firmar la solicitud. Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor llame al (310) 517-4765 para hablar con nuestro asesor financiero. Envíe su solicitud completada a:

Torrance Memorial Medical Center
Departamento de servicios financieros al paciente
3330 Lomita Boulevard
Torrance, CA 90505

Le notificaremos los resultados por escrito dentro de 45 días desde la recepción de una solicitud completada, incluidos los documentos adjuntos exigidos.

V. Total de ingresos mensual (detalle a continuación): \$ _____

Salario del paciente _____ Salario del cónyuge _____
Salarios de los padres (si el paciente es menor de 18 años de edad) _____
Seguro Social _____ Pensión no diferida _____
Discapacidad _____ Desempleo _____
Asistencia pública o gubernamental _____ Pensión alimenticia o manutención infantil _____
Ingresos por alquiler de propiedad _____ Otros (Describa la fuente) _____

VI. Total de gastos de vida mensual (detalle a continuación): \$ _____

Alquiler/Hipoteca _____ Pensión alimenticia o manutención infantil _____
Alimentación/Suministros _____ Servicios _____
Ropa _____ Seguro _____
Automóvil/Transporte/Combustible _____ Escuela/Cuidado infantil _____
Tarjeta de crédito, otros _____ Lavandería/Limpieza _____
Ropa _____ Seguro de salud/vida _____

VII. Activos:

Saldo de la cuenta de cheques _____ Saldo de la cuenta de ahorros _____
Acciones, bonos, mercado monetario, etc. _____ Si es empleado autónomo, valor del negocio _____
Bienes raíces que no sean el hogar principal _____ Otros (describir) _____

VIII. Información requerida: Por favor compruebe que ha incluido lo siguiente -

- Copia del formulario 1040 de declaración de impuestos federales del año más reciente.
- Copia de los todos los estados de cuenta bancarios o de inversión de los últimos 3 meses;
- Los dos talones de cheque más recientes que muestren el actual período de pago y las ganancias del año hasta la fecha;
- Si usted es autónomo, por favor incluya una copia de los estados financieros del último período de 12 meses y la declaración de impuestos del año pasado.
- Si no tiene ingresos, por favor proporcione una carta explicando cómo se sostiene a sí mismo o a su familia.

IX. Autorización:

Por la presente certifico que la información contenida en la anterior solicitud de ayuda financiera es correcta y completa a mi saber y entender. Autorizo a Torrance Memorial Medical Center a verificar cualquier información y comprendo que tal vez se haga un informe de crédito como parte de este proceso de verificación.

Firma de la persona responsable

Fecha