

Patient Financial Services
10150 Sorrento Valley Road
Suite 300
San Diego, CA 92121
Tel: (800) 690-9070
Fax: (858) 657-4205



FECHA:

NOMBRE DE PACIENTE:

NUMERO DE CUENTA:

FECHA DE SERVICIO:

Estimado Paciente:

Usted ha solicitado ayuda financiera para su visita reciente al hospital. Para procesar su pedido, favor de completar la aplicación adjunta y proporcionar comprobantes de sus ingresos y sus gastos. Estos comprobantes incluyen copias de:

- **Talones de los últimos dos (2) períodos de su pago o de las personas responsables económicamente. Si usted, trabaja por su cuenta mande una copia de las declaraciones de impuestos (1040) de los últimos dos (2) años.**
- **Copia de los últimos dos (2) meses de estados de cuenta de su banco de todas las cuentas bancarias en las que su nombre aparezca como firmante.**
- **Proporcione información de cualquier otro ingreso que usted reciba. (por ejemplo, Desempleo, Incapacidad , Jubilación o Préstamo de Estudiante).**
- **Escriba una carta explicando las razones por las cuales no puede pagar su cuenta. Asegúrese de firmarla y de incluirla en el paquete. Si alguien le asiste económicamente, por favor que ellos expliquen el tipo de ayuda que ellos le proporcionan.**

Por favor envíe los comprobantes con la aplicación completada y firmada en el sobre incluido en su oportunidad más temprana. Todas las aplicaciones son tratadas en la orden recibida. Por favor proporcione toda la información solicitada, si no disponible por favor incluya aquellos motivos en su carta.

Nos pondremos en contacto con usted con una determinación cuando su aplicación es tratada.

Gracias por su atención a la presente. Para cualquier información adicional llámenos al 1-800-690-9070.

Sinceramente,

Scripps - Servicios Financieros de Pacientes



DECLARACIÓN DE LA EVALUACIÓN FINANCIERA DEL (LA) PACIENTE
PATIENT FINANCIAL ASSESSMENT STATEMENT (SPANISH)

NOMBRE DEL PARTIDO O PERSONA RESPONSABLE: APELLIDO			NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
NOMBRE DEL (LA) PACIENTE SI NO ES LA PARTE RESPONSABLE				NÚMERO(S) DE CUENTA(S) DEL HOSPITAL		
NOMBRE DEL (LA) ESPOSO(A)					NÚMERO DE DEPENDIENTES	
DOMICILIO					TELÉFONO EN CASA ()	
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL					TELÉFONO DE TRABAJO ()	
OCUPACIÓN			EMPLEADOR (SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA, DESCRIBA)			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			DOMICILIO			
AÑOS EN EL EMPLEO		SALARIO _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL				
		OTRO INGRESO: _____ FUENTE: _____				

ESPOSO(A)					
OCUPACIÓN			EMPLEADOR (SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA, DESCRIBA)		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			DOMICILIO		
TELÉFONO		AÑOS EN EL EMPLEO		SALARIO _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	
OTRO INGRESO		FUENTE			

ACTIVO		PASIVO / TOTALES MENSUALES		
DINERO A LA MANO	\$ _____	PAGO DE HIPOTECA / RENTA	\$ _____	
CUENTA DE CHEQUES*	\$ _____	PRIMAS DE SEGUROS:		
CUENTA DE AHORROS*	\$ _____	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVIL, <input type="checkbox"/> MÉDICO, <input type="checkbox"/> CASA	\$ _____	
CUENTA DE ASOCIACIÓN		OTRO: _____		
COOPERATIVA DE CRÉDITO*	\$ _____	SERVICIOS: <input type="checkbox"/> GAS, <input type="checkbox"/> LUZ, <input type="checkbox"/> AGUA, <input type="checkbox"/> TELÉFONO	\$ _____	
CAPITAL EN BIENES RAÍCES	\$ _____	PAGOS DE AUTOMÓVIL	\$ _____	
PROPIEDAD DE VEHÍCULOS	\$ _____	COMIDA	\$ _____	
MARCA / MODELO _____	VALOR _____	OTRAS OBLIGACIONES:		
MARCA / MODELO _____	VALOR _____	DESCRIPCIÓN	PAGO	SALDO
CUENTAS DE DEPÓSITOS	\$ _____	_____	_____	_____
OTRAS FUENTES	\$ _____	_____	_____	_____
(ACCIONES, BONOS)		_____	_____	_____

NOMBRE DE LA(S) SUCURSAL(ES) DE LOS BANCOS Y NÚMERO(S) DE LA(S) CUENTA(S):

POR LA PRESENTE DECLARO SER CIERTO LO ANTEDICHO, BAJO PENA DE PERJURIO, CONFORME A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA.

Firma

(Fecha)