

UC DAVIS HEALTH

Solicitud de asistencia financiera

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido		Primer nombre		N.º de cuenta de garante	N.º de expediente médico	
2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		RELACIÓN CON EL PACIENTE			ESTADO CIVIL	
Apellido		Paciente Cónyuge Padre/Madre Otro			Casado Soltero Separado	
Primer nombre						
Fecha de nacimiento	Cantidad de dependientes	Edad de los dependientes		Número telefónico ()		
Dirección (no use casilla de correo)		Ciudad	Estado	Condado	Código postal	
3. Covid-19						
¿El paciente tiene dificultades económicas debido a la pandemia de la COVID-19 (pérdida del empleo o reducción de horas)? Sí No						
4. INFORMACIÓN DE INGRESOS (Se necesita documentación de respaldo)						
Fuente de ingreso mensual	Solicitante		Cosolicitante		Ingreso mensual combinado	
Ingresos laborales	\$		\$		\$	
Manutención de niños	\$		\$		\$	
Pensión alimenticia	\$		\$		\$	
Ayuda social	\$		\$		\$	
Donación	\$		\$		\$	
Otro (desempleo, pensión, etc.)	\$		\$		\$	
Ingreso mensual combinado total					\$	
¿Amigos o parientes le proporcionan alojamiento y comida? Sí No						
5. Activos líquidos (Se necesita documentación de respaldo)						
Cuenta corriente/cta. del mercado monetario/caja de ahorros:						
Nombre del banco		Sucursal/Dirección			Saldo actual	
1.					\$	
2.					\$	
3.					\$	
Otros activos líquidos (títulos/acciones/bonos/valor efectivo de seguro/devolución de impuestos/etc.)						
1.					\$	
2.					\$	
3.					\$	
Valor total de activos					\$	

6. Activos no líquidos				
	Marca/Año	Monto adeudado	Pago mensual	Valor
Vehículo 1		\$	\$	\$
Vehículo 2		\$	\$	\$
Otro		\$	\$	\$
Total (sin incluir el vehículo 1)		\$	\$	\$
¿Es dueño de su residencia principal?			Sí:	No:
¿Es dueño de alguna propiedad además de su residencia principal?			Sí:	No:
Dirección/Ubicación:				
		Monto adeudado	Pago mensual	Valor
Otra propiedad		\$	\$	\$
Sume el total del valor de los vehículos y otra propiedad = TOTAL DE ACTIVOS NO LÍQUIDOS				\$
7. Gastos mensuales				
			Saldo adeudado	Pago mensual
Manutención infantil <i>(si un hijo no es declarado como dependiente)</i>			\$	\$
Hipoteca/renta			\$	\$
Comestibles			\$	\$
Facturas generales (servicios o facturas recurrentes)			\$	\$
Otro			\$	\$
Subtotal de gastos				\$
Pagos totales de vehículos de la sección 6			\$	\$
Gastos médicos/dentales <i>(incluido UCDH)</i>			\$	\$
Cuentas de crédito/préstamos/tarjetas de crédito:				
1.			\$	\$
2.			\$	\$
Total de gastos:				\$
8. Firma y fecha				
<p>PROPÓSITO: El propósito de esta información es determinar su capacidad de pagar por los servicios en UCDH o su posible elegibilidad para un programa de asistencia médica. Esta información NO es una solicitud para Medi-Cal, Sacramento County Medically Indigent Service Program (Programa de servicios para personas en la indigencia médica del condado de Sacramento) ni ningún programa de asistencia de otro condado. DEBE CONTACTAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES EN SU CONDADO DE RESIDENCIA PARA SOLICITAR PROGRAMAS DE ASISTENCIA.</p> <p>Certifico que la información anterior es correcta y está completa. Entiendo que el hospital se reserva el derecho de verificar toda la información proporcionada. Acepto notificar al UCDH Patient Billing Customer Service Department (Departamento de servicio al cliente y facturación de pacientes de UCDH) al (916) 734-9200 sobre cualquier cambio en mi información financiera dentro de los 10 días del cambio. COMPRENDO QUE SIGO SIENDO RESPONSABLE DEL MONTO TOTAL DE MIS CARGOS EN UCDH.</p>				
_____			_____	
Firma del paciente / parte responsable			Fecha	