



*The Heart of a  
Healthy Community™*

[www.arrowheadregional.org](http://www.arrowheadregional.org)

**ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER  
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

400 N. PEPPER AVE  
COLTON CA 92324  
ATTN: PATIENT ACCOUNTS DEPARTMENT  
Correo electrónico: [patientaccounts@armc.sbcounty.gov](mailto:patientaccounts@armc.sbcounty.gov)  
Teléfono: 1-877-818-0672  
Fax: (909) 777-0815

Esta solicitud corresponde a los programas de asistencia financiera de Arrowhead Regional Medical Center, que incluyen (1) el Programa de Atención de Beneficencia y (2) el Programa de Pago con Descuento. Los criterios de cumplimiento de requisitos para estos programas se pueden encontrar en las políticas de Atención de beneficencia y Pago con descuento para pacientes de Arrowhead Regional Medical Center.

Seleccione el programa para el que presenta la solicitud:

- Programa de Atención de Beneficencia (atención gratuita)
- Programa de Pago con Descuento (tarifas reducidas)

Para que su solicitud esté completa, deberá incluir la siguiente documentación:

- Copia de identificación con fotografía.
- Comprobante de ingresos familiares (solo recibos de sueldo o declaraciones de la renta).
- Declaración de manutención si no tiene ingresos.

No presentar toda la documentación requerida con la solicitud dará lugar a que se determine que la solicitud está incompleta. El proceso de solicitud toma aproximadamente 30 días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Los pacientes que presenten una solicitud solo para el Programa de Pago con Descuento podrían recibir una asistencia financiera menor que la que puede estar disponible en el marco del Programa de Atención de Beneficencia.

Esta solicitud para el Programa de Pago con Descuento corresponde únicamente a los cargos de Arrowhead Regional Medical Center (ARMC), incluidos los servicios profesionales y los servicios prestados por proveedores que tengan contrato con ARMC, y no se aplica a los honorarios profesionales que los proveedores, tales como médicos, anestesiólogos, radiologías, laboratorios, etc., facturan de manera independiente. Estos cargos serán su responsabilidad.

Arrowhead Regional Medical Center tiene una lista de proveedores de atención médica no cubiertos. Puede acceder a la lista en línea en: <https://www.arrowheadregional.org/patients-visitors/help-paying-your-bill/> o bien puede solicitar una copia llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC al 1-877-818-0672.



*The Heart of a  
Healthy Community™*

[www.arrowheadregional.org](http://www.arrowheadregional.org)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ CÓNYUGE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

N.º DE GARANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Nro. de historia clínica \_\_\_\_\_

ESTADO FAMILIAR:

- Si el paciente tiene 18 años o más, mencione lo siguiente: cónyuge, pareja de hecho, dependientes menores de 21 años y/o dependientes de cualquier edad si tiene discapacidad.
- Si el paciente es menor de 18 años o si se trata de un hijo dependiente de entre 18 y 20 años, indique a los padres, familiares a cargo del cuidado y a los demás hijos dependientes del padre, madre o familiar a cargo que tengan menos de 21 años, o de cualquier edad si tienen una discapacidad.

(Si necesita más espacio, utilice la página 5)

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



*The Heart of a  
Healthy Community™*

[www.arrowheadregional.org](http://www.arrowheadregional.org)

**EMPLEO Y OCUPACIÓN**

Empleo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa:

\_\_\_\_\_

Empleo del cónyuge: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

**INGRESO MENSUAL ACTUAL**

	Paciente	Cónyuge
Salario bruto mensual:	_____	_____
Sección A (ingresos no percibidos):	_____	_____
Pensión del Seguro Social	_____	_____
Jubilación o beneficios de VA	_____	_____
Desempleo	_____	_____
Pagos recibidos por pensión alimenticia o manutención de menores	_____	_____
Otros (especificar)	_____	_____
Ingresos totales:	_____	_____

¿Reúne usted los requisitos para MEDICARE? SÍ\_\_ NO\_\_

¿Reúne usted los requisitos para MEDI-CAL? SÍ\_\_ NO\_\_

¿Recibe asistencia pública como CalFresh, CalWorks, WIC, CARE? SÍ\_\_ NO\_\_

¿Recibe algún otro tipo de asistencia pública? Describa el tipo de asistencia pública

a continuación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



*The Heart of a  
Healthy Community™*

[www.arrowheadregional.org](http://www.arrowheadregional.org)

CONFIRME LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que se me puede exigir que aporte pruebas de la información que estoy proporcionando.
- Confirmando además que, como contraprestación por recibir servicios de atención médica debido a un accidente o lesión, reembolsaré al condado el producto de cualquier litigio o acuerdo derivado de dicho acto.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o del garante) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del cónyuge)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



*The Heart of a  
Healthy Community™*

[www.arrowheadregional.org](http://www.arrowheadregional.org)

Espacio adicional para comentarios: