



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
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 al (1) Programa de Caridad y al (2) Programa de Pago con Descuento. Los criterios de elegibilidad para estos programas se pueden encontrar en las pólizas de Arrowhead Regional Medical Center debajo de Programa de Caridad y Programa de Pago con Descuento.

Seleccione el programa para el que presenta la solicitud:

- ☐ Programa de Caridad (asistencia médica gratuita)
- ☐ Programa de Pago con Descuento (tarifas reducidas)

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

- Copia de una identificación con fotografía
- Prueba de ingresos familiares (recibos de sueldo o declaraciones de impuestos)
- Carta de sostenimiento si no tiene ingresos

Si no se presenta toda la documentación requerida con la solicitud, se considerará 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 recibir debajo del Programa de Caridad.

Esta solicitud para el Programa de Pago con Descuento corresponde únicamente a los cargos de Arrowhead Regional Medical Center ("ARMC") y no cubre a los cobros profesionales de los proveedores, tales como médicos, anesthesiólogos, radiologías, laboratorio, etc., facturan de manera independiente. Usted será responsable de estos cargos.

Arrowhead Regional Medical Center tiene una lista de proveedores no cubiertos. Puede acceder a la lista en línea en www.arrowheadregional.org/documents/ARMC-NON-COVERED-PROVIDER-LIST o solicitar una copia llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC al 1-877-818-067



*The Heart of a
Healthy Community™*

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ ESPOSO(A) _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

NRO.GARANTIZADOR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NRO. DE EXPEDIENTE MEDICO _____

ESTADO FAMILIAR:

- Si el paciente tiene 18 años o más, incluya: Esposo(a)e,, personas a cargo menores de 21 años o personas a cargo de cualquier edad en caso de discapacidad.
- Si el paciente tiene menos de 18 años incluya Padres e persona legalmente responsable del menor de edad y los demás hijos menores de 21 años de edad en su cargo (o de cualquier edad si son discapacitados).

(Si necesita más espacio, utilice la página 5)

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

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleo: _____ Ocupación: _____

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa: _____

Empleo del Esposo(a): _____ Ocupación: _____

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa: _____



*The Heart of a
Healthy Community™*

INGRESO MENSUAL ACTUAL

	Paciente	Espos(a)
<u>Salario bruto mensual</u>	_____	_____
Sección A (ingresos no percibidos):		
Pensión del Seguro Social	_____	_____
Jubilación o beneficios de Veteranos	_____	_____
Desempleo	_____	_____
Pagos recibidos por pensión alimenticia o manutención de menores	_____	_____
Otros (especificar)	_____	_____
<u>Ingresos totales:</u>	_____	_____

¿Es usted elegible para MEDICARE? SI__ NO__

¿Es usted elegible para MEDI-CAL? SI__ NO__

¿Recibe usted asistencia pública como CalFresh, CalWorks, WIC, CARE? SI__ NO__

¿Otro tipo de asistencia pública? Describa el tipo de asistencia pública a continuación.



*The Heart of a
Healthy Community™*

CONFIRME LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas acuerdo con lo que se y entiendo.
- Comprendo que se me puede exigir que aporte evidencia de la información que estoy proporcionando.
- Confirmo además que, estoy de acuerdo que, en consideración de recibir servicios de atención de la salud debido a un accidente o una lesión, reembolsaré al condado las ganancias de cualquier litigio o la liquidación resultante de dicha ley.

(Firma del Paciente o del Garantizador)

(Fecha)

(Firma del Esposo(a))

(Fecha)



400 N. Pepper Avenue, Colton, California 92324-1819 | Teléfono: 909-580-1000

www.arrowheadregional.org

*The Heart of a
Healthy Community™*

Espacio adicional para comentarios: