



*The Heart of a
Healthy Community™*

*ARMC
400 N PEPPER AVE
COLTON CA 92324
Phone: 1-877-818-0672
Fax: (909) 777-0815
e-mail: patientaccounts@armc.sbcounty.gov
ATTN: PATIENT ACCOUNTS DEPARTMENT*

A fin de completar esta solicitud, la siguiente documentación debe ser incluida:

- **COPIA DE DESAPROBACIÓN DEL PROGRAMA MEDI-CAL (si corresponde) O RAZÓN POR LA CUAL NO APLICO PARA MEDI-CAL**
- **COPIA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO**
- **PRUEBA DE INGRESOS**
- **PRUEBA DE INGRESOS DE SU ESPOSO (A) (si corresponde)**
- **CARTA DE SOSTENIMIENTO (STATEMENT OF SUPPORT) Si no tiene ingresos**

El no presentar toda la documentación necesaria con la solicitud resultara en una solicitud incompleta.

El proceso de solicitud toma aproximadamente 45 días a partir de la fecha de recibida la solicitud.

INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN PARA CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA DEL GOBIERNO DARÁ LUGAR A LA DESAPROBACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA.

Se le Avisa que el Programa de Asistencia Financiera cubre Solamente los Cargos del Hospital Arrowhead Regional Medical Center (ARMC) y No Cubre los Cargos Incurridos por Profesionales, tales como Doctores, Anestesiólogo, Radiología, Laboratorio etc. LOS CARGOS PROFESIONALES SERÁN SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA.

El hospital Arrowhead Regional Medical Center mantiene una lista de los proveedores que no son cubiertos por el programa de Asistencia Financiera la cual puede encontrar en nuestro sitio web <https://www.arrowheadregional.org> o puede pedir una copia llamando al departamento de Cuentas del Paciente (Patient Accounts) 1-877-818-0672.



The Heart of a Healthy Community™

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA
DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DE PACIENTE: _____ ESPOSO (A): _____

DOMICILLO: _____ TELEFONO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

GUARANTOR# _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

MRN _____ SS# _____ (Paciente) SS# _____ (Esposos (a))

ESTADO DE FAMILIA: Lista de todos los dependientes que usted mantiene
(Si necesita espacio adicional favor de utilizar la página 5)

Table with 3 columns: Nombre, Edad, Relación. Multiple rows for listing dependents.

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empresa: _____ Ocupación: _____

Nombre y teléfono de supervisor: _____

Si tiene negocio propio, nombre del negocio: _____

Empresa de esposo (a): _____ Ocupación: _____

Nombre y teléfono de supervisor de su esposo (a): _____

Si tiene negocio propio, nombre del negocio: _____



*The Heart of a
Healthy Community™*

INGRESOS MENSUALES

| | Paciente | Esposo (a) |
|--|-----------------|-------------------|
| Salario Mensual Neto | _____ | _____ |
| Sección A (Ingresos-no consumado): | | |
| Pensión de Seguro Social | _____ | _____ |
| Pensión de Veteranos | _____ | _____ |
| Beneficios de Desempleo | _____ | _____ |
| Seguro Estatal por Incapacidad (Temporal) | _____ | _____ |
| Pensión alimenticia (hijos) (Child Support) | _____ | _____ |
| Pensión alimenticia (esposo (a) (Alimony) | _____ | _____ |
| Otro (especificar): | _____ | _____ |
| TOTAL: | _____ | _____ |

Sección B:

¿Paga usted pensión alimenticia a esposo (a) o pensión alimenticia a (hijos) por motivo de una orden judicial o por algún acuerdo con el Procurador de Distrito? _____

Tiene seguro médico: **SÍ O NO**

Es usted elegible para seguro de MEDICARE: **SÍ O NO**

Es usted elegible para seguro de MEDI-CAL: **SÍ O NO**

Razón por la cual no aplico para MEDI-CAL: _____

Es usted elegible para (Victimas de Crimen, Medi-Cal, Healthy Families, o California Children Services (CCS), etc.) **SÍ O NO**



*The Heart of a
Healthy Community™*

FAVOR DE FIRMAR EN ACUERDO CON LA SIGUIENTE INFORMACION

- **Declaro bajo perjurio que las respuestas que he proporcionado son verdaderas y correctas de acuerdo con lo que se.**
- **Estoy de acuerdo en permitirle a Arrowhead Regional Medical Center verificar mi lugar de empleo.**
- **Entiendo que la información sometida puede ser sujeto a verificación lo cual puede incluir una verificación de crédito.**
- **Entiendo que puedo ser requerido a proporcionar la prueba de la información que estoy proporcionando.**
- **Además, estoy de acuerdo que, en consideración por recibir servicios de atención médica como consecuencia de un accidente o lesión, debo rembolsar al Condado de las ganancias de cualquier litigio o la liquidación resultante de dicha ley.**

(Firma de Paciente o Garantizador)

(Fecha)

(Firma de Esposo (a))

(Fecha)



400 N. Pepper Avenue, Colton, California 92324-1819 | Phone: 909.580.1000

*The Heart of a
Healthy Community™*

www.arrowheadregional.org

Espacio Adicional para comentarios: