



## **Instrucciones Para la aplicación del Programa de Caridad**

La información siguiente y los documentos requeridos se deben entregar para evaluar esta aplicación para una reducción posible de gastos de hospital proporcionados por Watsonville Community Hospital.

Complete por favor todas secciones de la aplicación e incluye copias de los documentos aplicables **Regrese la aplicación al departamento de admisiones o a la Oficina de Negocios en la dirección listó abajo:**

Attn: Financial Counselors  
75 Nielson St  
Watsonville, CA. 95076

Si usted tiene alguna pregunta sobre su aplicación, por favor comuníquese al (831)761-5689 o (831)761-5690.

### **Lista de documentos requerido a completar la Aplicación de la Caridad:**

- Copia de su identificación/ licencia de manejo
- Declaración jurada sin hogar

### **Prueba de Ingresos:**

- Talón de Cheque (últimos 3 meses)
- Estado de cuentas bancarias todas las paginas (últimos 3 meses)
- Declaración de empleadores de ganancias
- Forma W-2
- Declaraciones de Impuestos (todas las páginas)
- Declaración de la gana/pérdida del contable (propio empleador)
- Seguro Social/Incapacidad
- Compensación de Trabajadores
- Huelga Beneficia
- Bienestar/AFDC/GR
- Beneficios de Veterano
- Remuneraciones
- Pensión
- Sostenimiento de Niño
- Lotes Militares de Familia
- Pensión Privado o Gobierno
- Avanza de Pagos de Seguro o Anualidad
- Ingresos de Dividendos
- Ingresos de Interés
- Alquileres
- Realezas
- Los Recibos Periodo de Propiedades o Fondos Financieros
- Ingresos de Agricultura (después de gastos)
- Sostenga de miembros de la familia o de alguien no viviendo en casa (no serán responsables de su cuenta)
- Beneficios de Desempleo (EDD) (los últimos 3 meses)
- Ventajas



## **Aplicación para el programa de caridad / cuidado indigente**

La aplicación debe ser completada por la persona responsable para la cuenta. **Complete la aplicación en su totalidad.**

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Información de paciente**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Empleado del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del esposo/a: \_\_\_\_\_ Empleado del esposo/a: \_\_\_\_\_

Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del esposo/a: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del esposo/a: \_\_\_\_\_

### **Información de guardián**

Nombre del guardián: \_\_\_\_\_ Empleado del guardián: \_\_\_\_\_

Domicilio del guardián: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del guardián: \_\_\_\_\_

Complete por favor el siguiente:

**Salarios de los últimos 12 meses**



	<b>Paciente</b>	<b>Esposo/a</b>
Salarios	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Ventajas de huelga	\$ _____	\$ _____
Sostenimiento de niños	\$ _____	\$ _____
Asignación Militar	\$ _____	\$ _____
Dividendos / Interés	\$ _____	\$ _____
Pensiones	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
Incapacidad	\$ _____	\$ _____
IRA	\$ _____	\$ _____
Cuenta de fideicomiso	\$ _____	\$ _____
Ingreso de interés	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso	\$ _____	\$ _____

**Marque la casilla apropiada en cuanto junte la información pare someter.**

Comprobante de Ingresos para Paciente y Cónyuge ( )

Talones de Cheque para Paciente y Cónyuge( )

Formulario W-2 ( )

Todas las Páginas de la Declaración de Impuestos del año Anterior ( )

**Gastos:**                      **Someta los recibos del mes pasado**

Renta / Pago de casa \$ \_\_\_\_\_ Alimento \$ \_\_\_\_\_ Agua \$ \_\_\_\_\_  
 Gas & Electricidad \$ \_\_\_\_\_ Basura \$ \_\_\_\_\_  
 Sostenimiento de niños \$ \_\_\_\_\_ Pago de auto \$ \_\_\_\_\_  
 Sostenimiento de auto \$ \_\_\_\_\_ Seguro de Auto, Vida o medica \$ \_\_\_\_\_

**Tarjetas de crédito:**                      **Someta la ultima declaración**

Compañía: \_\_\_\_\_



Balance que debe \$ \_\_\_\_\_ Cantidad disponible \$ \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

Balance que debe \$ \_\_\_\_\_ Cantidad disponible \$ \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

Balance que debe \$ \_\_\_\_\_ Cantidad disponible \$ \_\_\_\_\_

**Cuentas medicas:** Someta la ultima declaración

Hospital / Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Cantidad que debe \$ \_\_\_\_\_

**Número de mis dependientes en mi familia:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Referencias de Banco:** Someta todas las páginas de los últimos 3 meses

Cuenta de Cheques: Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta# \_\_\_\_\_

Cuenta de Ahorros: Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta# \_\_\_\_\_

**Activos:**

¿Es usted dueño de su propio hogar? Sí ( ) o No ( ) Valor \$ \_\_\_\_\_

¿Su casa es Dúplex/Triple? Sí ( ) o No ( )

¿Es usted dueño de otra propiedad? Sí ( ) o No ( ) Valor \$ \_\_\_\_\_

¿De cuántos automóviles es dueño/a? \_\_\_\_\_ Sí ( ) o No ( ) Valor \$ \_\_\_\_\_

## Declaración

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, tengo o solicitaré cualquier asistencia (médica, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de servicios médicos, y tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada por servicios médicos. Entiendo que esta solicitud es para que el hospital evalúe la elegibilidad para los servicios de caridad.

También entiendo que el hospital verificará la información, lo que puede incluir la obtención de un informe de crédito. Si la información que he proporcionado resulta ser falsa, o si no cumplo con el proceso de referencia para Medical, Medicare, California Children's Services u otros programas identificados, esto resultara en la pérdida del derecho a ser considerado para el programa de Cuidado de Caridad. Afirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA SIN HOGAR

Yo, \_\_\_\_\_, Certifico que no tengo hogar, no tengo dirección permanente, ni trabajo, ni ahorros, ni cuentas bancarias o propiedades de bienes y raíces, ni ingresos que no sean posibles donaciones de otros o de Ayuda General.

También reconozca que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de esta solicitud. Además, dependiendo de los estatutos locales o estatales, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital por obtener bienes o servicios puede considerarse un acto ilegal. También reconozco y doy mi consentimiento de que se puede obtener un informe de crédito o se pueden tomar otras medidas similares para verificar la información proporcionada en este documento.

Entiendo completamente que el programa de Cuidado de Caridad de Watsonville Community Hospital es un "Pagador de último recurso" y confirmo todas las asignaciones anteriores de beneficios y derechos, que pueden incluir acciones de responsabilidad, reclamos por lesiones personales, acuerdos y todos y cada uno de los beneficios de seguro que puedan ser pagaderos, por aptitud física o lesión, para los cuales Watsonville Community Hospital brindó atención.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha