



Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Medical Record # \_\_\_\_\_

**9300 Valley Children's Place-Mailstop FPI 03  
Madera, CA 93636  
Attn: Patient Financial Services**

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia Financiera. Complete la siguiente solicitud y devuelva copias de la documentación requerida lo antes posible. Las solicitudes se pueden cargar a través de MyChart, enviarlas por correo electrónico a [patientfinservices@valleychildrens.org](mailto:patientfinservices@valleychildrens.org) o enviarlas por correo a la dirección mencionada anteriormente. Si tiene preguntas adicionales, llame al 559-353-7009 o al 800-956-2445 de lunes a viernes de 9 am a 4 pm.

**SE REQUIEREN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

	Uno de los siguientes: 1) Declaración de Impuestos Federales: Declaración de impuestos más reciente; Por favor incluya todas las páginas  O, si no hay una declaración de impuestos disponible,  2) Talones de cheque de pago: Talones de pago de un (1) mes más reciente de todos los adultos empleados en la familia, declaración de salarios en papel membretado de la empresa o carta de concesión de desempleo/discapacidad
	Carta de Dificultad:
	<i>Solo para exámenes de atención benéfica (no se aplica al examen de pago con descuento):</i> Aviso de acción del programa de seguros patrocinado por el gobierno: aviso de denegación o aprobación de Medi-Cal, CCS, Medicare u otro programa identificado

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Número(s) de cuenta(s):	
¿El paciente tiene seguro médico?	SÍ NO
¿Ha solicitado el paciente Medi-cal o CCS?	SÍ NO

**SOLICITANTE/GARANTE:**

**CO-SOLICITANTE/GARANTE**

Parentesco con el paciente:	Parentesco con el paciente:
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:	Teléfono:
Empleador:	Empleador:
Nombre del negocio (si es trabajador independiente)	Nombre del negocio (si es trabajador independiente):
Cargo:	Cargo:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:

**TAMAÑO DE LA FAMILIA # \_\_\_\_\_ Enumere todos los dependientes que mantiene.**

Nombre	Edad/Parentesco:	Nombre:	Edad/Parentesco
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	



Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Medical Record # \_\_\_\_\_

**DIVULGACIÓN DE GASTOS DE VIDA ESENCIALES:**

<b>GASTOS:</b>		<b>COMENTARIOS</b>
Donaciones	\$	
Ahorros	\$	
Gasto de pensión alimenticia de menores y manutención del cónyuge/ Otros	\$	
Pago de hipoteca o alquiler	\$	
Utilidades	\$	
Alimentos	\$	
Transporte	\$	
Seguro	\$	
Médicos	\$	
Ropa	\$	
Entretenimiento	\$	
Tarjetas de crédito (o préstamos)	\$	
Gastos del automóvil	\$	
Enumere otros gastos:		
<b>TOTAL DE GASTOS</b>	\$	

**¿Tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)?**     SÍ  NO

**GASTOS MÉDICOS:**

Gastos de bolsillo pagados por el Solicitante o el Cosolicitante en nombre del paciente en los últimos doce (12) meses consecutivos	\$
---	----

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo que la información enviada puede estar sujeta a verificación por parte de Valley Children's Healthcare y revisada por agencias de cumplimiento federales y/o estatales. Los abajo firmantes se comprometen a mostrar prueba de esta información junto con información adicional que pueda ser solicitada.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o del fiador

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante o del fiador

\_\_\_\_\_  
Fecha

El otorgamiento de asistencia financiera de Valley Children's Healthcare no se aplica a los servicios profesionales brindados a los pacientes de Valley Children's por médicos u otros proveedores médicos, con la excepción de los médicos de la sala de emergencias.