

Emanate Health
1325 N. Grand Ave. Ste 300
Covina, CA. 91724-1016

NOMBRE DE LA PACIENTE:
NÚM. DE CUENTA :
ADM/SVC FECHA :
CARGOS TOTALES :

Estimado paciente:

En **Emanate Health** nuestro compromiso es hacer que la atención médica esté disponible para todas las personas de nuestra comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Nuestro programa de asistencia financiera ayuda a los pacientes de bajos recursos, que no están asegurados o que tienen un seguro insuficiente y necesitan ayuda para pagar toda o parte de la atención médica que necesitan.

Documentación obligatoria

El hecho de solamente cumplir con los criterios de selección, no le da derecho a la cobertura bajo el programa de asistencia financiera de Emanate Health. Para determinar si califica y maximizar el descuento/ayuda que se le otorga, se requieren los siguientes documentos cuando aplique:

- 1) Solicitud de ayuda financiera completada y firmada
- 2) Comprobantes de pago o, si trabaja por su cuenta, una declaración actualizada de ganancias y pérdidas del año para determinar sus ingresos.
- 3) Declaraciones de impuestos recientes y formulario W-2
- 4) Prueba de cualquier prestación o ayuda que esté recibiendo como el programa de recursos generales, alimentos, desempleo, discapacidad, seguro de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y cartas de concesión para seguro social.
- 5) Exclusivamente para caridad, las declaraciones de impuestos del año calendario pasado con todos los cronogramas requeridos para determinar la generación de activos incluyendo activos monetarios.
- 6) Exclusivamente para caridad, copias del formulario 1099 del año anterior para determinar los ingresos derivados de intereses, dividendos, ganancias de capital, etc.

****Copias solamente por favor, no los originales***

El no presentar la documentación solicitada dentro de los siguientes 30 días puede resultar en la negación de la ayuda financiera. Toda persona que haya falsificado información quedará automáticamente descalificada para recibir la ayuda financiera.

Para obtener más información o ayuda para completar la solicitud, comuníquese con nosotros al 626-732-3100, o visítenos en 1325 N. Grand Ave., Suite 300, Covina, Ca.

Envíe los formularios a nuestra oficina utilizando el sobre adjunto con nuestra dirección y costos de envío ya pagados.

Atentamente,

Servicios comerciales (626) 732-3100
8:00am a 4:00pm

Emanate Health
1325 N. Grand Ave. Ste 300
Covina, CA 91724-1016

Nombre del
Paciente:
Numero de
Cuenta :

FORMA I

Esta informacion sera utilizada para determinar la elegibilidad para los programas de hospitales y servicios seleccionados.

Numero total de dependientes: _____
_____ Ingreso
anual total: \$ _____
Valor total de bienes: \$ _____

CASA/PROPIEDAD _____
AUTOMOVILES _____
INVERSIONES _____ RETIRO
(JUBILACION) _____
OTROS BIENES _____

Las deudas totales (incluidas las hipotecas): \$ _____

Otras circunstancias especiales : _____
(Sentencias judiciales/quiedra)

Por favor marque si aplica lo siguiente:

Desabilitado _____ Accidente relacionado con un delito _____

Colocar su firma y fecha a continuacion que usted esta autorizando Emanate Health para obtener un informe de credito.

Firma del paciente

Fecha

Representante del Paciente / Fecha de Asesor Financiero _____
Fecha

Emanate Health
1325 N. Grand Ave. Ste 300
Covina, CA 91724-1016

Form II
Certificacion Del Ingreso

RE: Nombre del
Paciente: Numero
de Cuenta:

Yo, _____ Certifico que mi ingreso familiar por los
ultimos 12 meses ha sido \$ _____ y reclamo __ dependientes.

Les envié las formas: W-2, formas de income tax mas reciente y los 2
talones de cheques mas reciente.

Doy mi consentimiento al hospital para que verifique mis ingresos y tambien
mi credito.

Declaracion de mi situacion financiera:

Firma

Fecha