

Centro Médico Marshall
 Atención: Asesores Financieros
 PO BOX 872
 Placerville CA 95667



Declaración de Condición Financiera

Sección 1, instrucciones:

Para poder procesar su solicitud, por favor, asegúrese de haber completado **TODAS** las secciones de esta solicitud, incluyendo la página de firma, y de suministrar cualquier prueba de ingreso que le concierne.

Las pruebas de ingreso que se consideran aceptables son las siguientes:

- Tres de los talonarios de pago más recientes
- Formulario de declaración fiscal más reciente
- Formulario de calendario fiscal C más reciente (para pacientes autónomos)
- Resumen del Seguro Social actual
- Resumen de desempleo actual
- Resumen de discapacidad actual

Se devolverá cualquier solicitud incompleta y no se procesará hasta que se reciban **todos** los documentos necesarios. Los procedimientos de facturación normal continuarán durante este tiempo.

Sección 2, solicitantes:

Solicitante

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Fec. Nac.: _____
 SS#: _____
 Teléfono: _____

Cónyuge / pareja

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Fec. Nac.: _____
 SS#: _____

Sección 3, dependientes:

****Señale SOLO aquellos dependientes que figuran en su declaración federal de impuestos sobre la renta. Para dependientes mayores de 18 años, por favor proporcione su declaración fiscal más reciente mostrando pruebas de dependencia.****

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	N.º de Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sección 4, ingreso familiar: Si no hay ingresos, consulte la sección 5.

Ingreso mensual actual	Paciente	Cónyuge	Conjunto
Remuneración bruta	\$	\$	\$
Ingreso de negocios (si es autónomo)	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
De inmuebles e inmuebles propios	\$	\$	\$
Seguro Social / ingresos de jubilación	\$	\$	\$
De pensión alimenticia, pagos de apoyo	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$
Ingreso mensual total	\$	\$	\$

Activos (si aplica)	Paciente	Cónyuge	Conjunto
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas del mercado monetario	\$	\$	\$
Cuentas de corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito / cuenta de ahorros	\$	\$	\$
Activos totales	\$	\$	\$

Sección 5, información adicional/medios de apoyo

Por favor, utilice esta sección para proporcionar información adicional que pueda ser pertinente para su elegibilidad para un descuento Si no recibe ningún ingreso, por favor, explique sus medios de apoyo. Ejemplo: ¿Cómo paga la comida, el alquiler u otras cuentas?

Sección 6, información del seguro:

¿Actualmente posee cobertura de seguro médico?

Seguro del dependiente si difiere:

Si es así, nombre del seguro / plan de salud: _____

Si es así, nombre del seguro / plan de salud: _____

Número de identificación: _____

Número de identificación: _____

Suscriptor / nombre del titular de la póliza: _____

Suscriptor / nombre del titular de la póliza: _____

Si no tiene seguro activo, de acuerdo con las políticas del Centro Médico Marshall, necesitamos que haga una solicitud para Medi-cal y nos proporcione una carta de resolución. Puede hacer su solicitud en www.coveredca.com o llamando a la oficina local de Medi-cal al 530-642-7300. Si Medi-cal lo rechaza, por favor, busque cobertura a través de Covered California.

Sección 7, lista de solicitud de ayuda financiera/firmas

Para prevenir que su solicitud sea rechazada debido a información faltante, por favor, revise la siguiente lista.

Revise todo lo que haya completado.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame a nuestros Asesores Financieros al 530-626-2618. Nuestro representante está disponible para ayudarlo de lunes a viernes entre las 8:00 AM y las 4:00 PM.

- Secciones 1-7 completas en esta solicitud.
- Prueba de ingreso aceptable incluida, consulte la sección 1 si tiene alguna pregunta.
- Carta de resolución de Medi-cal incluida. (si aplica)
- Firma y fecha por el solicitante.
- Firma y fecha por el cónyuge y pareja. (si aplica)
- Firma para dependientes mayores de 18 años. (si aplica)
- Formulario de impuestos federales sobre la renta si tiene dependientes mayores de 18 años.

Firma del solicitante.

Fecha

Firma del cónyuge/pareja

Fecha

Firma del dependiente mayor de 18 años

Fecha

*Si es mayor de 18 años y está reclamado en esta solicitud, necesitamos que firme indicando que da permiso para incluirlo a usted y a cualquier saldo pendiente en el Centro Médico Marshall para un descuento, así como en la carta de resolución de Ayuda Financiera que se enviará una vez que se complete esta solicitud. Si se rehúsa a firmar no será elegible para este descuento.

**CENTRO MÉDICO MARSHALL
DECLARACIÓN DE CONDICIÓN
FINANCIERA**