



**UCLA Medical Group**

PO Box 240005

Village Station

Los Angeles, CA 90024

Estimado paciente:

Gracias por elegir a UCLA Health System como su proveedor de servicios de salud.

Esta aplicación se aplica a los servicios profesionales prestados por sus médicos únicamente, y no incluye los cobros del hospital.. Los siguientes servicios no califican dentro de las consideraciones por dificultades financieras:

- Servicios cosméticos
- Tarifas de servicios de casos que deba pagar en efectivo (con previo acuerdo)
- Servicios para daños a terceras entidades

Para determinar si califica para asistencia financiera, por favor envíenos los documentos requeridos a nuestra oficina. Usted será financieramente responsable de pagar el balance en la cuenta hasta que una decisión sobre su aplicación sea tomada:

**Documentos Requeridos:**

- Hoja de cálculo de finanzas personales completada (adjunta a continuación)
- Últimos dos talones de pago
- Prueba de sustento infantil (child support) / ingreso por pensión alimenticia / pago (si se aplica a su caso)
- Prueba de incapacidad/ingreso de desempleo (si aplica)
- Carta de sostenimiento notariada (si aplica)
- Copia firmada de la declaración de impuestos del año anterior
- Carta de rechazo de beneficios de Medi-Cal (solo si no tiene otra aseguranza medica)
- Dos estados de cuenta bancarios recientes
- Prueba de Alto Costo Médico (vea abajo para más detalles)
  - Si el saldo corresponde a su responsabilidad financiera después de la cobertura del seguro médico, usted deberá presentar prueba de Alto Costo Médico. Un Alto Costo Médico está compuesto de todos los gastos médicos que usted haya pagado que sean equivalentes al 10% de su ingreso familiar anual. La prueba de alto costo médico deberá ser presentada en forma de recibos hechos o expedidos durante los últimos 12 meses.

Por favor envíe los documentos a el domicilio en la parte alta de esta carta al cuidado de: Guarantor Unit Financial Hardship Division.

Si tiene alguna pregunta contacte nuestra oficina al telefono 310.301.8860, lunes a viernes entre 7:00 am - 7:00 pm. Cerramos los días de fiesta. Si desea enviar los documentos via fax, el numero de fax es 310.301.8878.

Sinceramente,

Physicians Billing Office

**UCLA Health ahora ofrece a los pacientes un sitio de pago de facturas en línea conveniente y seguro donde puede hacer un pago, ver sus declaraciones o revisar su historial de pago.**

**Visite: [billing.uclahealth.org](http://billing.uclahealth.org)**

## **HOJA DE CÁLCULO DE FINANZAS PERSONALES**

**UCLA FACULTY PRACTICE GROUP –  
OFICINA DE FACTURACIONES DE SERVICIOS MÉDICOS**

**Por favor tenga en cuenta que UCLA Faculty Practice Group se reserva el derecho de verificar toda la información suministrada a través de verificación de crédito y/o propiedad.**

Por favor complete esta hoja de trabajo y regrésela a la oficina de UCLA Faculty Practice Group-Physicians' Billing Office dentro de 30 días.

Nombre del Paciente:	# de Cuenta
----------------------	-------------

Su(s) nombre(s) y dirección (incluyendo el país):

--

Números de teléfono (marque con un círculo el mejor número para llamar durante el día):

Hogar:	Trabajo:
--------	----------

Números de Seguro Social:

Solicitante:	Cónyuge/Fiador:
--------------	-----------------

Fecha(s) de Nacimiento:

Solicitante:	Cónyuge/Fiador:
--------------	-----------------

Empleador o empresa del solicitante (nombre y dirección)/Cónyuge/Empleador o empresa del fiador (nombre y dirección):

Edad y parentesco de las personas que viven con usted (únicamente dependientes):

--	--

Edades y relación de las persona que viven con usted con usted (solo dependientes):

Nombre	Edad	Relacion

Cuentas Bancarias (incluya Cuentas de Ahorro, Uniones de Crédito, Cuentas de Retiro Individual, etc.):

Nombre de la institución:	Dirección:	Tipo de cuenta:	Saldo:	# de cuenta
a)				
b)				
c)				

**Bienes raíces:**

Dirección (incluyendo el país)	Valor Actual	Saldo del préstamo:	Fecha de liquidación del préstamo:
a)			
b)			

**Vehículos:**

Año y Marca, # de licencia:	Valor actual:	Saldo del préstamo:	Fecha de liquidación del préstamo:
a)			
b)			

**Otros Activos (acciones, bonos, barcos, etc.):**

Descripción:	Valor actual:	Saldo del préstamo:	Fecha de liquidación del préstamo:
a)			
b)			

**INGRESOS MENSUALES**

**Salario neto del solicitante (adjunte los dos últimos talones de pago)	\$
**Salario neto del cónyuge (adjunte los dos últimos talones de pago)	\$
Alquileres pagados a usted	\$
Pensiones	\$
Seguro Social	\$
Ganancias de su negocio	\$
Comisiones	\$
Otros ingresos (fuente)	\$
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	\$
<b>GASTOS MENSUALES</b>	

(Los gastos deben ser razonables para el tamaño de la familia, ubicación y circunstancias específicas)

Alquiler	\$
Hipoteca	\$
Pensión alimenticia/Manutención infantil (Child support)	\$
Alimentos	\$
Servicios públicos	
a) Electricidad	\$
b) Combustible para calefacción/Gas natural	\$

c) Agua	\$
d) Teléfono	\$
Transporte (automóvil, autobús, taxi)	\$
Médicos (no pagados por el seguro)	\$
Seguro	
a) Automóvil	\$
b) Salud	\$
c) Vida	\$
d) Propietarios/Inquilinos	\$
Pago de impuestos estimado	\$

Préstamos de Autos/Nombre de la compañía de financiamiento, banco, etc.:

1.	
2.	
3.	

Pagos a plazos/Nombre de la tienda, Banco, Tarjeta de Crédito, fecha y cantidad del último pago:

1.	\$
2.	\$
3.	\$

OTRO (explique)	\$
-----------------	----

TOTAL DE GASTOS MENSUALES	\$
---------------------------	----

TOTAL DE PAGOS A PLAZO	\$
------------------------	----

Cualquier otra información adicional (si espera cambios en sus ingresos, salud, etc.)

Yo autorizo que UCLA Faculty Practice Group compruebe mi historial de credito via la agencia de credito para verificación de la informacion que é proporcionado.

Firma

Fecha

--

Cónyuge/Garante

Fecha

--