

ANEXO B

Fecha:

Fecha límite:

Nombre
Domicilio
Domicilio

Nombre del paciente:
Número de cuenta:
Saldo adeudado:

Estimado Sr./Sra.:

Gracias por elegir a UCLA Health como su proveedor de atención médica. **Todos los pacientes deben solicitar beneficios de Medi-Cal antes de que se consideren los fondos de Atención caritativa.**

A fin de determinar cualquier asistencia financiera, se tiene que recibir la información a continuación en nuestra oficina en un plazo de 15 días a partir de la fecha de esta carta.

Si no se recibe toda la información solicitada en el tiempo estipulado, se cerrará la petición de asistencia financiera. **Usted es financieramente responsable del saldo pendiente hasta que su solicitud se revise pendiente de su aprobación o denegación.**

- Dos últimos talones de cheque de pago (incluidos los ingresos hasta la fecha)
- Comprobante de manutención de niños/ingresos o pagos de pensión alimenticia (si es pertinente)
- Comprobante de ingresos por discapacidad o desempleo
- Declaración notariada de apoyo en especie
- Declaraciones de impuestos firmadas de los dos últimos años, incluidos los formularios anexos (copias).
- Carta de aprobación o denegación de beneficios de Medi-Cal
- Estados de cuentas bancarias completos de los últimos dos meses
- Comprobante de costos médicos altos (ver la explicación más adelante)
- Otro: _____

Si el saldo representa su responsabilidad después del seguro, tiene que proporcionar un comprobante de costos médicos altos. Los costos médicos altos constan de todas las obligaciones médicas que usted haya pagado que equivalen el 10% de los ingresos anuales de su hogar. El comprobante de costos médicos debe consistir en recibos recibidos o hechos en el periodo de los últimos 12 meses.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en comunicarse a nuestra Oficina de Servicios Comerciales de los Pacientes al (310) 285-8021, de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

Por favor, enviar por correo postal o traer los documentos a: Patient Business Services
10920 Wilshire Blvd., Suite 1600
Los Angeles, CA 90024

Por favor, tenga en cuenta que: el Centro Médico de UCLA se reserva el derecho de verificar que toda la información proporcionada por un crédito o propiedad correspondan. Para

garantizar su entrega a la dirección indicada anteriormente, le rogamos que considere enviar sus documentos por medio de correo postal certificado.

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE
UCLA HEALTH - SERVICIOS COMERCIALES DE LOS PACIENTES**

Por favor, llene este formulario y envíelo a la oficina de Servicios Comerciales de los Pacientes del Centro Médico de UCLA lo antes posible para que determinemos si llena los requisitos para recibir ayuda financiera.

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Su nombre y domicilio (incluido el país):

Números de teléfono (rodée con un círculo el mejor número durante el día):

Casa: _____ Su trabajo: _____

El trabajo de su esposa/o:

Número/s de seguro social: El suyo _____ El de su esposa/o/aval _____

Fecha/s de nacimiento: El suyo _____ El de su esposa/o/aval _____

Su empleador o negocio (nombre y domicilio) / El empleador o negocio de su esposa/o (nombre y domicilio):

Edad y relación de las personas que viven con usted (dependientes solamente):

Cuentas bancarias (incluya cuentas de ahorros, cooperativas de ahorros y crédito, cuentas de jubilación individuales, etc.):

<u>Nombre de la institución</u>	<u>Domicilio</u>	<u>Tipo de cuenta</u>	<u>Número de cuenta</u>	<u>Saldo</u>
---------------------------------	------------------	-----------------------	-------------------------	--------------

a)

b)

Propiedades inmobiliarias:

<u>Domicilio (incluir país)</u>	<u>Valor actual</u>	<u>Saldo del préstamo</u>	<u>Fecha en que se saldará el préstamo</u>
---------------------------------	---------------------	---------------------------	--

a)

b)

Vehículos de motor:

<u>Año y marca, Número de licencia</u>	<u>Valor actual</u>	<u>Saldo del préstamo</u>	<u>Fecha en que se saldará el préstamo</u>
--	---------------------	---------------------------	--

a)

b)

Otras cosas que son de su propiedad o que esté comprando actualmente (acciones, bonos, barcos, etc.):

<u>Descripción</u>	<u>Valor actual</u>	<u>Saldo del préstamo</u>	<u>Fecha en que se saldará el préstamo</u>
--------------------	---------------------	---------------------------	--

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE
UCLA HEALTH - SERVICIOS COMERCIALES DE LOS PACIENTES**

INGRESO MENSUAL

Su pago neto (adjuntar dos talones de pago recientes) \$ _____

*Pago neto de su esposa/o (adjuntar dos talones de pago recientes) \$ _____

Rentas que se le pagan a usted \$ _____

Pensiones \$ _____

Seguro social \$ _____

Ganancias de su negocio \$ _____

Comisiones \$ _____

Otros ingresos (fuente) _____ \$ _____

INGRESOS TOTALES \$ _____

GASTOS MENSUALES

(Los gastos deben ser razonables para el tamaño de la familia, el lugar y las circunstancias únicas)

Renta \$ _____

Hipoteca \$ _____

Pensión alimenticia/Manutención de niños \$ _____

Productos alimenticios \$ _____

Servicios públicos

a) Electricidad \$ _____

b) Combustible para calefacción o gas natural \$ _____

c) Agua \$ _____

d) Teléfono \$ _____

Transporte (automóvil, autobús, taxi) \$ _____

Gastos médicos (que el seguro no paga) \$ _____

Seguro

a) Automóvil \$ _____

b) Médico \$ _____

c) Vida \$ _____

d) Propietarios de casa o inquilinos \$ _____

Pagos aproximados de impuestos \$ _____

