



Solicitud de Asistencia para Paciente

Para asistencia con esta solicitud, favor de llamar (805) 681-1760

CONFIDENCIAL

A través de las generosas contribuciones de personas en nuestra comunidad, el Ridley-Tree Cancer Center/Sansum Clinic es capaz de proveer el mayor nivel de atención médica para todos aquellos que lo necesitan, independientemente de su capacidad de pago. Gracias por completar esta solicitud ente ra para poder determinar la mejor forma de apoyarlo.

Ridley-Tree Cancer Center Sansum Clinic

Información del Solicitante

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
ESTADO MARITAL	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO / FEMENINO		
DIRECCIÓN ACTUAL				
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TIEMPO EN ESTA DIRECCION
DIRECCIÓN ANTERIOR (DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, SI ES APLICABLE)				
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TIEMPO EN ESTA DIRECCION DESDE ____ HASTA ____
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TIEMPO EN ESTA DIRECCION DESDE ____ HASTA ____
NUMERO DE TELEFONO	NÚMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRONICO		
ESTATUS DE EMPLEO:	<input type="checkbox"/> EMPLEADO	<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/> JUBILADO	<input type="checkbox"/> DISCAPACITADO
OCUPACIÓN	LUGAR DE EMPLEO	NÚMERO DE TELEFONO DEL EMPLEO		
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN YA MENCIONADA)				
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
¿COMO SE ENTERÓ ACERCA DEL PROGRAMA DEL RIDLEY-TREE CANCER CENTER/SANSUM CLINIC PARA ASISTENCIA AL PACIENTE?				

Información del Cónyuge y Familia

INFORMACIÓN DEL CONYUGE (SI ES APLICABLE)

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO	NÚMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRONICO		
ESTATUS DE EMPLEO:	<input type="checkbox"/> EMPLEADO	<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/> JUBILADO	<input type="checkbox"/> DISCAPACITADO
OCUPACIÓN	LUGAR DE EMPLEO	NÚMERO DE TELEFONO DEL EMPLEO		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (SI ES APLICABLE) POR FAVOR INCLUYA INFORMACIÓN SOBRE TODOS SUS FAMILIARES EN SU HOGAR, PONGA UNA "X" EN LA COLUMNA D SI LA PERSONA ES SU DEPENDIENTE.

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	D	NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	D



Información de Seguro Médicos

NO TENGO NINGUNA COBERTURA, INCLUYENDO MEDI-CAL O MEDICARE

POR FAVOR LISTE CUALQUIER OTRA POUZA SUPLEMENTARIA QUE USTED TENGA QUE PAGAN POR LOS SERVICIOS MEDICOS (POR EJEMPLO AFLAC, PÓLIZA PRIVADA, PÓLIZA DE CANCER, ETC)

¿HA APLICADO PARA ASISTENCIA FINANCIERA A TRAVES DE ESTOS PROGRAMAS PUBLICOS?

PROGRAMA	FECHA DE SOLICITUD	ESTATUS DE SOLICITUD			COMENTARIOS
		APROBADO	NEGADO*	PENDIENTE	
MEDI-CAL					
MEDICARE					
M.I.A. (MEDICALLY INDIGENT ADULT)					
TSAC / MADDY					
BCCTP (BREAST & CERVICAL CANCER TREATMENT PROGRAM)					
EVERY WOMAN COUNTS					
CCS (CALIFORNIA CHILD SERVICES)					
SSI / SSDI / SDI (POR FAVOR CIRCULE)					
OTRO					
* SI SU SOLICITUD FUE NEGADA, FAVOR DE INCLUIR COPIA DE LA DENEGACIÓN					

Información Financiera

¿HAN CAMBIADO SUS INGRESOS ANUALES Y/O GASTOS SIGNIFICATNAMENTE EN EL ULTIMO ANO? SI (POR FAVOR OE EXPLICAR) NO

CAMBIOS SIGNIFICATNOS EN INGRESOS Y/O GASTOS:

Ingresos de TODOS los miembros de familia en su Hogar

	INGRESOS MENSUALES	INGRESOS ANUALES
SALARIO		
MANUTENCIÓN DE HIJOS/ PENSIÓN ALIMENTICIA		
DESEMPLEO		
INCAPACIDAD DEL ESTADO		
COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR		
INGRESOS DE SEGURO SOCIAL		
ASISTENCIA PUBLICA		
INTERESES / DIVIDENDOS		
INGRESO DE RENTA		
OTRO		
INGRESOS TOTALES		

Gastos de TODOS los miembros de familia en su Hogar

	GASTOS MENSUALES	GASTOS ANUALES
HIPOTECA/RENTA		
GASTO ALIMENTICIO		
GASOUNA		
UTILIDADES		
TARJETA(S) DE CREDITO		
PAGO DE PRESTAMO(S)		
SEGURO		
IMPUESTOS DE PROPIEDAD		
MANUTENCION DE HIJOS/ PENSIÓN ALIMENTICIA		
OTRO		
GASTOS TOTALES		



Continuacion de Información Financiera

BIENES	VALOR	DEUDAS, TARJETAS DE CRÉDITO, HIPOTECA, ETC.	
		A NOMBRE DE QUIEN	BALANCE
BANCOS			
CUENTA DE CHEQUES			
CUENTA DE AHORROS			
INVERSIONES			
ACCIONES			
NOTAS			
OTRO			

	DESCRIPCIÓN	VALOR
VALOR Y DESCRIPCIÓN PROPIEDADES REALES (HOGAR Y ALQUILERES)		
VEHICULO(S) DESCRIPCIÓN Y VALOR (AÑO, TIPO, Y MODELO)		

GASTOS MÉDICOS	CANTIDAD
COSTO ESTIMADO DE ATENCIÓN MEDICA	
COBERTURA ESTIMADA DE SEGURO	
GASTOS IMPREVISTOS QUE NO SON MEDICOS (DESCRIPCIÓN Y CANTIDAD)	

POR ESTE MEDIO PRESENTO LA DECLARACION ANTERIOR CON EL PROPOSITO DE QUE RIDLEY-TREE CANCER CENTER/SANSUM CLINIC EVALUE MI SITUACION FINANCIERA Y DETERMINE MI ELEGIBILIDAD PARA VARIOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA, POR LO QUE AUTORIZO A RIDLEY-TREE CANCER CENTER/SANSUM CLINIC PARA VERIFICAR ESTA INFORMACION SI ES NECESARIO, QUE PUEDE INCLUIR EL EMPLEO Y / O DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y DOCUMENTOS APROPIADOS. YO ATESTIGUO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y TODA LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS SON COMPLETAS Y PRECISAS. ESTOY CONSCIENTE QUE SI EN CUALQUIER MOMENTO, CUALQUIERA DE ESTA INFORMACIÓN RESULTA SER FALSA, TODAS LAS SUBVENCIONES CONCEDIDAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE PUEDEN SER REVERTIDAS, Y VOY A ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD DE EL PAGO TOTAL E INMEDIATA DE TODAS Y TODOS LOS SALDOS PENDIENTES. AL APLICAR PARA ASISTENCIA FINANCIERA. TAMBIEN ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD DE PAGO PARA CUALQUIER CANTIDAD DEBIDA POR MI COMO RESULTADO DE CUALQUIER SUBVENCIÓN PARCIAL DE ASISTENCIA AL PACIENTE, QUE PUEDEN SER OTORGADOS.

FIRMA

LETRA DE MOLDE

FECHA

FAVOR DE ENVIAR UNA COPIA DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON SU SOLICITUD PARA TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR:

- ACTUAL W-2 Y COPIA DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES MAS RECIENTE
- DECLARACIÓN DE LA PENSION ALIMENTICIA Y/O MANUTENCIÓN DE HIJOS
- DECLARACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL
- CARTA DE BENEFICIOS PARA COMPENSACIÓN DE DISEMPLEO
- DECLARACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE PENSIONES
- DECLARACIONES DEL BANCO - CHEQUES Y AHORROS DE LOS 3 ULTIMOS MESES
- DECLARACIÓN DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD A CORTO Y/O DE LARGO PLAZO
- TALONES DE CHEQUES DE 3 ULTIMO MESAS

Por favor devuelva una copia de la solicitud completa y toda la documentación requerida a:

Ridley-Tree Cancer Center/Sansum Clinic,

Attn: Coordinador de "Charity Care", PO Box 62106, Santa Barbara, CA 93160