



# 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, 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 entera para poder determinar la mejor forma de apoyarlo.

## 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 DIRECCIÓN
DIRECCIÓN ANTERIOR (DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, SI ES APLICABLE)				
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE_____ HASTA_____
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE_____ HASTA_____
NÚMERO 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 TELÉFONO DEL EMPLEO		
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN YA MENCIONADA)				
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DEL PROGRAMA DEL CÁNCER CENTER PARA ASISTENCIA AL PACIENTE?				

## Información del Cónyuge y Familia

### INFORMACIÓN DEL CÓNNYUGE (SI ES APLICABLE)

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		
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

# Solicitud de Asistencia para Paciente

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

**CONFIDENCIAL**

## Información de Seguro Médicos

NO TENGO NINGUNA COBERTURA, INCLUYENDO MEDI-CAL O MEDICARE

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

¿HA APLICADO PARA ASISTENCIA FINANCIERA A TRAVÉS 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 SIGNIFICATIVAMENTE EN EL ÚLTIMO AÑO?  SI (POR FAVOR DE EXPLICAR)  NO

CAMBIOS SIGNIFICATIVOS 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		
<b>INGRESOS TOTALES</b>		

### Gastos de TODOS los miembros de familia en su Hogar

	GASTOS MENSUALES	GASTOS ANUALES
HIPOTECA/ RENTA		
GASTO ALIMENTICIO		
GASOLINA		
UTILIDADES		
TARJETA(S) DE CREDITO		
PAGO DE PRESTAMO(S)		
SEGURO		
IMPUESTOS DE PROPIEDAD		
MANUTENCIÓN DE HIJOS/ PENSIÓN ALIMENTICIA		
OTRO		
<b>GASTOS TOTALES</b>		



# Solicitud de Asistencia para Paciente

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

**CONFIDENCIAL**

## 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 MÉDICOS ( DESCRIPCIÓN Y CANTIDAD)	

POR ESTE MEDIO PRESENTO LA DECLARACIÓN ANTERIOR CON EL PROPÓSITO DE QUE SANSUM CLINIC EVALUÉ MI SITUACIÓN FINANCIERA Y DETERMINE MI ELEGIBILIDAD PARA VARIOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA, POR LO QUE AUTORIZO A SANSUM CLINIC PARA VERIFICAR ESTA INFORMACIÓN 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, TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD DE PAGO PARA CUALQUIER CANTIDAD DEBIDA POR MÍ 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 INFORMACION 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 DESEMPLEO
- 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 ULTIMOS MESES

**Por favor devuelva una copia de la solicitud completa y toda la documentación requerida a:  
Sansum Clinic, Attn: Coordinador de "Charity Care", PO Box 62106, Santa Barbara, CA 93160**