

Solicitud de asistencia económica

Se requiere prueba de ingresos: Junto con su solicitud (páginas 2 y 3), adjunte la siguiente información o una explicación de por qué la misma no está disponible. La documentación faltante puede retrasar el procesamiento de su solicitud y podría resultar en la denegación de la asistencia económica.

Tipo de ingreso	Documentos
Ingresos laborales Empleo por cuenta propia	Presente una copia de su declaración de impuestos más reciente (formulario 1040). Debe reflejar los ingresos de los 12 meses anteriores a la recepción de la factura por la que solicita asistencia.
Seguro Social Jubilación Seguro por discapacidad del Seguro Social	Presente una copia de su declaración de impuestos más reciente (formulario 1040) correspondiente a los 12 meses anteriores a la recepción de la factura por la que solicita asistencia. Debe reflejar los ingresos. Documentación del Seguro Social que muestre el monto del pago mensual.
Discapacidad	Presente una copia de su declaración de impuestos más reciente (formulario 1040). Debe reflejar los ingresos de los 12 meses anteriores a la recepción de la factura por la que solicita asistencia. Copia de la carta de otorgamiento que indique el pago por discapacidad.
Desempleo	Presente una copia de su declaración de impuestos más reciente (formulario 1040). Debe reflejar los ingresos de los 12 meses anteriores a la recepción de la factura por la que solicita asistencia. Copia de la carta que indique el monto otorgado mensual.

Hay asistencia económica disponible para personas con o sin seguro médico. Tenga en cuenta que para reunir los requisitos para la asistencia, los pacientes con seguro deben haber incurrido en gastos de atención médica equivalentes al menos al 10% de sus ingresos familiares, ya sea en UC San Diego Health o acreditados mediante recibos en caso de haberse incurrido en otra institución.

Nuestro equipo de Asistencia Económica para Pacientes hará todo lo posible por procesar su solicitud a la mayor brevedad posible. Envíe su solicitud completa y los documentos solicitados en un plazo de 20 días a:

UC San Diego Health
Patient Financial Assistance Team
6200 Greenwich Drive, Suite 300
San Diego, CA 92122

Indique el tipo de asistencia que solicita:

☐ Atención caritativa
(atención 100% gratuita)

☐ Pago con descuento
(atención con tarifa reducida)

☐ Ambos

Información de la familia: Escriba el nombre de todos los integrantes de la familia objeto de la solicitud de asistencia financiera.

Apellido:	Nombre:	No. de expediente médico:
Apellido:	Nombre:	No. de expediente médico:
Apellido:	Nombre:	No. de expediente médico:
Apellido:	Nombre:	No. de expediente médico:

Información del solicitante (garante):

Parentesco con el paciente

Estado civil

☐ Paciente mismo ☐ Cónyuge/Pareja de hecho ☐ Padre/madre ☐ Otro ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)/Pareja de hecho ☐ Divorciado(a)

Ciudadano de EE. UU.: ☐ Sí ☐ No

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

No. de dependientes

Edad de los dependientes:

Teléfono:

Domicilio:

Empleador:

Dirección del empleador:

Puesto:

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?

Información del cosolicitante (garante): (rodée una en un círculo)

Parentesco con el paciente

Estado civil

☐ Paciente mismo ☐ Cónyuge/Pareja de hecho ☐ Padre/madre ☐ Otro ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)/Pareja de hecho ☐ Divorciado(a)

Ciudadano de EE. UU.: ☐ Sí ☐ No

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

No. de dependientes

Edad de los dependientes:

Teléfono:

Domicilio:

Empleador:

Dirección del empleador:

Puesto:

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?

Información sobre ingresos

Fuentes de ingreso mensual	Solicitante	Cosolicitante	Ingreso mensual conjunto
Empleo/Trabajo por cuenta propia	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Anualidad	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$
Ingreso mensual conjunto: \$			
Total de personas en el hogar:			
Si no tiene ingresos mensuales, explique cómo paga sus gastos mensuales. Utilice páginas adicionales de ser necesario.			

Firma

Certifico que toda la información es válida y completa, y con mi firma autorizo a UC San Diego Health a verificar o confirmar toda la información que se incluye en la presente solicitud conforme se necesite.

<u>Solicitante</u>	<u>Fecha</u>	<u>Cosolicitante</u>	<u>Fecha</u>
<hr/>			

Envíe la solicitud completa y los documentos solicitados a la siguiente dirección:

UC San Diego Health
Patient Financial Assistance Team
6200 Greenwich Drive, Suite 300
San Diego, CA 92122

PAUTAS DE POBREZA PARA 2025 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA

Personas en la familia/hogar	Pautas de pobreza (100%)	Pautas de pobreza (400%)
1	\$0 - \$15,960	\$63,840
2	\$0 - \$21,640	\$86,560
3	\$0 - \$27,320	\$109,280
4	\$0 - \$33,000	\$132,000
5	\$0 - \$38,680	\$154,720
6	\$0 - \$44,360	\$177,440
7	\$0 - \$50,040	\$200,160
8	\$0 - \$55,720	\$222,880

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,680 por cada persona adicional.