

Solicitud de asistencia financiera

Se requiere prueba de ingresos: Deberá anexar a su solicitud (páginas 2 y 3) la siguiente información o una explicación del motivo si la información no está disponible. En caso de faltar documentos, podría retrasarse el trámite de su solicitud y podría negársele la asistencia financiera.

Tipo de ingreso	Documentos
Empleo	Copia de documento de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en vigencia Copia de los dos talones de pago más recientes
Empleo por cuenta propia	Copia de documento de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en vigencia
Seguro Social/Fondos de jubilación	Copia de documento de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en vigencia Copia de la Carta de aprobación del Seguro Social donde figure el pago mensual Copia del aviso de pago mensual de la Administración del Seguro Social
Discapacidad	Copia de documento de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en vigencia Copia de la Carta de aprobación donde figure el pago por discapacidad Copia del aviso mensual del pago por discapacidad
Desempleo	Copia de documento de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en vigencia Copia de la carta donde figure el importe del pago mensual asignado
Anualidad	Copia de la carta de aprobación

Nuestro equipo de Asistencia Financiera al Paciente hará todo lo posible por tramitar su solicitud a la mayor brevedad posible. Envíe la solicitud completa y los documentos solicitados a la siguiente dirección:

UC San Diego Health
Patient Financial Assistance Team
6200 Greenwich Drive, Suite 100
San Diego, CA 92122

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):			
<u>Parentesco con el paciente</u>		<u>Estado civil</u>	
Paciente mismo	Cónyuge/Pareja de hecho	Padre/madre	Otro de hecho
		Soltero(a)	Casado(a)/Pareja
		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):			
<u>Parentesco con el paciente</u>		<u>Estado civil</u>	
Paciente mismo	Cónyuge/Pareja de hecho	Padre/madre	Otro de hecho
		Soltero(a)	Casado(a)/Pareja
		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.

Solicitante

Fecha

Cosolicitante

Fecha

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

UC San Diego Health
Patient Financial Assistance Team
6200 Greenwich Drive, Suite 100
San Diego, CA 92122

PAUTAS DE CALIFICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UC SAN DIEGO HEALTH SEGÚN EL ÍNDICE FEDERAL DE POBREZA

Margen de ingreso	0-200% FPL	201%-300% FPL	301%-400% FPL
Porcentaje de ajuste	100%	75%	50%
Número de personas en la unidad familiar	Ingreso anual bruto	Ingreso anual bruto	Ingreso anual bruto
1	\$0-\$23,760	\$23,761 - \$35,640	\$35,641 - \$47,520
2	\$0-\$32,040	\$32,041 - \$48,060	\$48,061 - \$64,080
3	\$0-\$40,320	\$40,321 - \$60,480	\$60,481 - \$80,640
4	\$0-\$48,600	\$48,601 - \$72,900	\$72,901 - \$97,200
5	\$0-\$56,880	\$56,881 - \$85,320	\$85,321 - \$113,760
6	\$0-\$65,160	\$65,161 - \$97,740	\$97,741 - \$13,320
7	\$0-\$73,460	\$73,461 - \$110,190	\$110,191 - \$146,920
8	\$0-\$81,780	\$81,781 - \$122,670	\$110,191 - \$146,920
Familias/hogares con más de 8 personas	Sume \$8,328 por cada persona adicional	Sume \$ por cada persona adicional	Sume \$ por cada persona adicional