



Requested By: \_\_\_\_\_

**Financial Assistance Application**

Date: \_\_\_\_\_

Patient /Guarantor Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Please complete and provide all requested information to the best of your abilities in order for Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare to accurately determine if you qualify for our Financial Assistance Program, which is based on Federal Poverty Guidelines. We cannot guarantee that you will qualify for financial assistance, even if you apply. Patients that only apply for discounted care may receive less financial assistance than what would be available under the charity care program.

You are only required to submit recent pay stubs within the last six months and your most recent income tax return (such as IRS Form 1040) for the patient or patient’s family. You may submit other documents regarding proof of income listed below if you wish, but they are not required. For example, if you have no proof of income or no income, you may attach an additional page with an explanation. Here are documents you may wish to provide:

- ✓ Pay stubs (most recent available)
- ✓ Most recent tax returns
- ✓ Completed and signed Financial Assistance Application
- ✓ Award letters for Social Security, SSI, Disability, Unemployment, General Relief, Alimony, etc.
- ✓ Employment status, both current and future; or, if self-employed, current year-to-date profit and loss statement to determine current income
- ✓ Family size
- ✓ Last two months’ bank, brokerage and investment statements
- ✓ Copies of prior year’s 1099 for interest income, dividends, capital gains, etc.
- ✓ Other appropriate financial data if tax returns or pay stubs are not available. Certain assets—such as retirement plans, homes, and automobiles owned by the patient—are excluded.
- ✓ Rent verification
- ✓ Property/mortgage verification

Please note that any incomplete application will be denied and sent back to you for completion and/or supporting documentation. If you have any questions, please contact our **Patient Financial Services Department** at **909/596-7733, ext. 5558**. Faxed requests can be faxed to **909/450-0141**.

Enclosure: [ ]    Application: [ ]

<b>For Casa Colina Internal Purposes Use Only</b>	
Please complete the below information prior to providing the application to the applicant. For questions or clarification, please contact the <b>Director of Patient Financial Services</b> at ext. 5558.	
Department:	_____
Team Number:	_____
Date Application was given to the Applicant:	_____
Internal Requestor:	_____

## Financial Assistance Application

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Sex:  Female  Male

Social Security No: \_\_\_\_\_

**SECTION 1: FAMILY INFORMATION**

List all persons living in the household who are related by birth, marriage, and/or adoption. Include related college students who do not reside with family but are supported by the family.

Name	Date of	Sex	Relationship	Social Security

**SECTION 2: GROSS MONTHLY INCOME**

List all employers for each member of household and attach proof of gross income (before taxes or deductions).

Required proof of income: Recent pay stubs from within the last 6 months and federal income tax return.

Other: Profit/loss statement from accountant (for self-employed persons).

Name	Employer Name, Address, & Phone	Monthly Income

List all other income including social security, railroad retirement, unemployment compensation, worker's compensation, welfare/AFDC, supplemental security income, alimony, child support, military allotment, support from an absent family member or someone not living in the household, private or government pensions, insurance or annuity payments, income from dividends, interest, rents, royalties, and/or estates/trusts.

Source of Income	Monthly Income

### SECTION 3: MONTHLY INCOME

Briefly describe your employment status including date of hire and/or last date of employment/retirement. If you are receiving income from other sources, describe the type of support, the date support began, and the date the support is expected to end, if applicable. Also, describe any other pertinent details about your income.

Identify ALL sources of monthly income for your household. Enter the person receiving the income and the amount received each month for each income category that is applicable.

OCCUPATION:	Documentation (Optional unless noted)	Patient or Applicant	Spouse/Other Family
Wages	2 current pay stubs (Required)		
Hourly rate			
Average monthly hours worked			
Self-employment gross receipts	YTD P&L Schedule (1)		
Partnership income	YTD P&L Schedule (1)		
Social Security	Award		
Supplemental Security Income (SSI)	Award		
Unemployment	Award		
Disability	Award		
Workers compensation	Award		
General relief	Award		
Temporary Assistance for Needy Families	Award		
Food stamps/Electronic Benefit Transfer	Award		
Alimony	Award		
Child support	Award		
Student loans	Award		
Pension/Annuities	Last year's 1099		
Interest income	Last year's 1099		
Dividends	Last year's 1099		
Capital gains	Last year's 1099		
Gross rental income			
Other:			
<b>TOTAL MONTHLY INCOME</b>			

(1) YTD P&L Statement means the current year-to-date profit & loss statement for the business/partnership. If your family does not have income, in the space below, please describe how you have been able to meet your needs for food and shelter. If another person has been providing support, in addition to the below, please ask the person to send Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare a letter describing the type of support, frequency, and duration of the support.

SECTION 4: MONTHLY EXPENSES	Patient or Applicant	Spouse/Other Family
Mortgage of owner-occupied residence		
Mortgage of rental property		
Rent		
Property taxes		
Car payment		
Childcare		
Cell phone		
Food & household supplies		
Car insurance & gas		
Clothing		
Medical & dental expenses		
Insurance		
Credit card payments		
Tuition		
Child support		
Spousal support		
Installment payments		
Laundry & cleaning expenses		
Other:		
<b>TOTAL MONTHLY EXPENSES</b>		

If the reported monthly expenses exceed reported income, explain how you are able to meet these financial obligations.

---



---



---

Please state if the patient has applied for Medi-Cal or any other government programs. If yes, please provide information below:

Program Name: \_\_\_\_\_

ID/Policy #: \_\_\_\_\_

Date of Program: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

---



---

**SECTION 5: OTHER**

Are you employed?  Yes  No Will you be employed in the future?  Yes  No

Have you filed bankruptcy?  Yes  No If so, when?

Also, please include any further information you feel might be helpful or make any statement you believe would assist us in reviewing your application.

---

---

PURPOSE: The purpose of this information is to determine your ability to pay for services at Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare or your possible eligibility for a medical assistance program. This information is NOT an application for Medi-Cal, County Medically Indigent Services Program, California Children Services, Healthy Families, or any other county assistance program.

**YOU MUST CONTACT THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES IN YOUR COUNTY OF RESIDENCE TO APPLY FOR ASSISTANCE PROGRAMS.**

I certify the above information to be accurate and complete, and that this application is made for Casa Colina and Centers for Healthcare to determine my eligibility for discounted or charity care. I understand that Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare reserves the right to verify all information supplied, including permission to contact employers and to check my/our credit history. I agree to notify the Patient Accounting Department of any change in my financial information within 10 days of the change.

I UNDERSTAND THAT I MAY BE STILL RESPONSIBLE FOR THE FULL AMOUNT OF MY CHARGES AT CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE.

Signature of Patient/Responsible Party: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare Representative: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Solicitado por: \_\_\_\_\_

**Solicitud de ayuda económica**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/garante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Llene y brinde toda la información solicitada de la mejor manera posible para que Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare pueda determinar con precisión si usted es apto para recibir nuestro Programa de ayuda económica, el cual se basa en las Pautas Federales de Pobreza. No podemos garantizar que usted califique para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita. Los pacientes que solo solicitan atención con descuento pueden recibir menos asistencia financiera de la que estaría disponible bajo el programa de atención de caridad.

Solo se le requiere presentar recibos de pago recientes de los últimos seis meses y su declaración de impuestos sobre la ingresos más reciente (como el Formulario 1040 del IRS) del paciente o de la familia del paciente. Si lo desea, puede presentar otros documentos de prueba de ingresos enumerados a continuación, pero no son obligatorios. Por ejemplo, si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, puede adjuntar una página adicional con una explicación. Aquí están los documentos que es posible que desee proporcionar:

- ✓ Boletas de pago (las más recientes que tenga)
- ✓ Declaraciones de impuestos más recientes
- ✓ Solicitud de ayuda económica llenada y firmada
- ✓ Cartas de otorgamiento para el seguro social, SSI, discapacidad, desempleo, ayuda general, pensión alimenticia, etc.
- ✓ Situación laboral, actual y futura; o, si es trabajador autónomo, declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha para determinar el ingreso actual
- ✓ Tamaño de la familia
- ✓ Estados de cuenta bancaria, corretaje e inversiones de los dos últimos meses
- ✓ Copias del formulario 1099 del año calendario pasado con información sobre ingresos por intereses, dividendos, plusvalía, etc.
- ✓ Otros datos financieros pertinentes si no se cuenta con declaraciones de impuestos o boletas de pago. Se excluyen ciertos bienes del paciente, tales como planes de jubilación, casas y automóviles de propiedad del paciente.
- ✓ Verificación del alquiler (renta)
- ✓ Verificación de bienes inmuebles/hipoteca

Tenga en cuenta que cualquier solicitud incompleta será denegada y enviada de vuelta para ser llenada y/o para que se añadan documentos pertinentes. Si tiene preguntas, comuníquese con el **Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes** al **909/596-7733, anexo 5558**. Las solicitudes se pueden enviar por fax al **909/450-0141**.

Documentos adjuntos: [ ] Solicitud: [ ]

**Solo para usos con fines internos de Casa Colina**

Llene la información a continuación antes de entregar la solicitud del solicitante. Si tiene preguntas o dudas, contacte al **Director de Servicios Financieros para los Pacientes** en el anexo 5558.

Departament: \_\_\_\_\_

Número de equipo: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega de la solicitud al solicitante: \_\_\_\_\_

Solicitante interno: \_\_\_\_\_

## Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Sexo:  Femenino  Masculino

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere a las personas que viven en su casa que tienen parentesco por nacimiento, matrimonio y/o adopción. Incluya a los estudiantes de la universidad que no viven con la familia pero que reciben apoyo económico.

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación	Número de seguro social

### SECCIÓN 2: INGRESO BRUTO MENSUAL

Enumere a todos los empleadores de cada miembro del hogar y adjunte pruebas de ingreso bruto (antes de los impuestos o deducciones).

Ejemplos de prueba de ingreso: declaración de impuestos sobre la renta o boletas de pago, declaración de ganancias/pérdidas del contador (para los trabajadores autónomos).

Nombre	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Ingreso mensual

Enumere todo otro ingreso tal como seguro social, pensión ferroviaria, subsidio de desempleo, indemnización por accidentes laborales, asistencia social/AFDC, ingreso de seguridad complementario, pensión alimenticia para el cónyuge, pensión alimenticia para los hijos, asignación militar, asistencia de un familiar ausente o alguien que no vive en su hogar, pensión privada o pública, pagos del seguro o renta vitalicia, ingresos de dividendos, intereses, alquileres, regalías y/o de bienes raíces o fideicomiso. Adjunte las pruebas de ingresos.

Fuentes de ingreso	Ingreso mensual

### SECCIÓN 3: INGRESO MENSUAL

Describa brevemente su situación laboral e incluya la fecha de contratación y/o la última fecha de empleo/jubilación. Si recibe ingresos de otras fuentes, describe el tipo de asistencia, la fecha cuando comenzó y la fecha cuando se prevé que termine, si corresponde. También describa cualquier otro detalle pertinente de sus ingresos.

Identifique TODA fuente de ingreso mensual en su hogar. Enumere a las personas que reciben ingresos y la cantidad que reciben cada mes en cada categoría de ingresos que sea aplicable. Además de llenar esta solicitud, presente todos los documentos requeridos para cada tipo de ingresos que identifique a continuación E incluya la declaración de impuestos más reciente incluyendo TODOS los apéndices correspondientes, estados de cuenta bancaria de dos meses, estados de cuenta de ahorro y estados de cuenta de inversiones/corretaje.

OCUPACIÓN:	Documentos requeridos	Paciente o solicitante	Cónyuge/otro familiar
Salario	2 boletas de pago actuales		
Tarifa por hora			
Promedio de horas laborales mensuales			
Facturación bruta de trabajo autónomo	YTD P&L, Apéndice (1)		
Ingreso de sociedad colectiva	YTD P&L, Apéndice (1)		
Seguro social	Otorgamiento		
Ingreso de seguridad complementario	Otorgamiento		
Desempleo	Otorgamiento		
Discapacidad	Otorgamiento		
Indemnización por accidentes laborales	Otorgamiento		
Ayuda general	Otorgamiento		
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Otorgamiento		
Cupones para Alimentos/Electronic Benefit Transfer (EBT)	Otorgamiento		
Pensión alimenticia para el cónyuge	Otorgamiento		
Pensión alimenticia para los hijos	Otorgamiento		
Préstamo estudiantil	Otorgamiento		
Pensión/renta vitalicia	1099 del año pasado		
Ingresos por intereses	1099 del año pasado		
Dividendos	1099 del año pasado		
Plusvalía	1099 del año pasado		
Ingreso bruto por alquiler			
Otros:			
<b>INGRESO MENSUAL TOTAL</b>			

(1) YTD P&L YTD, P&L significa la declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha del negocio o sociedad colectiva. Si su familia no cuenta con ingresos, describa en el espacio a continuación cómo ha podido cubrir sus necesidades de alimento y vivienda. Si otra persona ha estado brindándole ayuda, además de lo que se indica a continuación, pídale a esa persona que envíe a Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare una carta describiendo el tipo de ayuda, frecuencia y duración de la ayuda.

<b>SECCIÓN 4: GASTOS MENSUALES</b>	<b>Paciente o solicitante</b>	<b>Cónyuge/otro familiar</b>
Hipoteca de residencia ocupada por el dueño		
Hipoteca de propiedad en alquiler		
Alquiler (renta)		
Impuestos prediales (inmobiliarios)		
Pagos por automóvil		
Cuidado de niños		
Teléfono celular		
Alimentos y artículos para el hogar		
Seguro de automóviles y gasolina		
Ropa		
Gastos médicos y dentales		
Seguro		
Pago de tarjetas de crédito		
Pago (matrícula y clases) de estudios		
Pensión alimenticia para los hijos		
Pensión alimenticia para el cónyuge		
Pagos fraccionados		
Gastos de lavado de ropa y limpieza		
Otros:		
<b>GASTOS MENSUALES TOTALES</b>		

Si los gastos mensuales reportados exceden los ingresos reportados, explique cómo puede cumplir con estas obligaciones económicas.

---



---

Indique si el paciente ha solicitado en ingreso en Medi-Cal o cualquier otro programa gubernamental. Si es así, brinde la información que figura a continuación:

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

Número de póliza/identificación: \_\_\_\_\_

Fecha del programa: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

---



---

**SECCIÓN 5: OTROS**

¿Usted trabaja?  Yes  No      ¿Trabjará en el futuro?  Sí  No

¿Se ha declarado en bancarrota?     Sí  No                      ¿Cuándo?

Incluya también cualquier información que considere útil o indique lo que crea importante que podría ayudarnos a evaluar su solicitud.

---

---

---

**OBJETIVO:** El objetivo de esta información es determinar su capacidad para pagar los servicios de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare o su posible aptitud para recibir un programa de ayuda médica. Esta información NO es una solicitud para Medi-Cal, County Medically Indigent Services Program, California Children Services, Healthy Families ni ningún otro programa de ayuda en el condado.

**DEBE CONTACTAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE SU CONDADO DE RESIDENCIA PARA SOLICITAR EL INGRESO EN PROGRAMAS DE AYUDA.**

Certifico que la información anterior es precisa y completa y que estoy presentando esta solicitud a Casa Colina and Centers for Healthcare para determinar mi aptitud para recibir atención médica con descuento o atención benéfica. Comprendo que Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare se reserva el derecho de verificar toda la información brindada, incluido el permiso para contactar a empleadores y verificar mis/nuestros antecedentes crediticios. Acepto notificar al Departamento de Contabilidad de esta entidad sobre cualquier cambio en mi información financiera en el plazo de 10 días del cambio.

**COMPRENDO QUE YO PODRÍA SEGUIR SIENDO RESPONSABLE DEL MONTO COMPLETO DE LOS CARGOS EN CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE.**

Firma del paciente/parte responsable: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_