

Keck Medical Center of USC (KMC), el cual incluye a Keck Hospital of USC, USC Norris Cancer Hospital y Verdugo Hills Hospital (VHH), está comprometido con proveer atención de calidad a nuestros pacientes. Sabemos que el pago por los servicios puede representar una dificultad financiera para usted en este momento. KMC ofrece asistencia financiera para ayudar a las personas que pueden calificar, para reducir o eliminar su obligación del costo por la atención que reciban.

Adjunto a esta carta, encontrará una solicitud para autorizar una evaluación de su problema monetario. Si desea ser considerado para el programa de asistencia financiera, tiene que completar la solicitud. Si su situación financiera cumple con el criterio de elegibilidad establecido por el Programa de asistencia financiera de KMC, usted podría ser elegible para que se le perdone total o parcialmente la deuda.

Para procesar esta solicitud requerimos:

- La solicitud adjunta completa en su totalidad.
- Usted tiene que firmar y colocar la fecha en la solicitud de asistencia financiera. Si el paciente/garante y/o el cónyuge proporcionan información, ambos deben firmar la solicitud.
- Copia de su cheque de alquiler cancelado más reciente, contrato de arrendamiento o pago de la hipoteca.
- Copia de los últimos dos (2) recibos de pago de cualquier salario devengado que contribuya a los ingresos del grupo familiar.
- Copia de estados de cuenta bancarios (cheques/ahorros).
- Copia de su discapacidad, declaración del pago del Seguro Social, aviso de elegibilidad para los beneficios por desempleo y estado de cuenta bancario que refleje los depósitos.
- Si no tiene una fuente de ingresos o documentos que comprueben los ingresos, proporcione una carta explicando cómo se mantiene usted mismo y a su familia. Esta es una declaración escrita y firmada por un miembro de la familia o amigo que le esté proporcionando alojamiento y alimentación y/o ingresos.
- Copia de su declaración de impuestos 1040 o W2 más reciente, incluyendo todos los anexos y documentos adjuntos correspondientes que se presentaron al Servicio de Rentas Internas.
- Si su declaración de impuestos 1040 más reciente no está disponible, entonces necesitaremos uno de los siguientes:
 - carta de concesión del Seguro Social;
 - comprobante de que no presentó la declaración del IRS (llame al 800-829-1040 para obtener una copia);
 - si usted no ha archivado declaración de impuestos federales, y han solicitado una extensión de impuestos, por favor incluya, la declaración de impuestos del año anterior.
- Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder alguna pregunta.

Hemos visto que sus ingresos de los registros fiscales anteriores posiblemente no reflejan adecuadamente sus circunstancias actuales. Si es así, adjunte una nota breve que describa su situación financiera actual. Es importante que complete y envíe la Solicitud de asistencia financiera completa junto con todos los documentos requeridos en un plazo de quince (15) días.

Envíe su solicitud de asistencia financiera y sus documentos a:

Keck Hospital y Norris Cancer Hospital:

- Comuníquese con el Coordinador de Asistencia Financiera
- Llame a: Keck 855-532-5729
Norris 855-532-5729
- Fax seguro para ambos centros: 323-865-5672
- Correo: Keck Hospital of USC/Norris Cancer Hospital
2011 N Soto Street
Los Angeles CA 90033

Verdugo Hills Hospital (VHH):

- Comuníquese con el Coordinador de Asistencia Financiera
- Llame al: 818-949-4055
- Fax seguro: 818-949-4006
- Correo: Verdugo Hills Hospital (VHH)
1812 Verdugo Blvd
Glendale Ca 91208

Cuando hayamos revisado su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por escrito, tan pronto como sea posible. Si desea hablar sobre su cuenta o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios financieros para pacientes al:

Keck 855-532-5729
Norris 855-532-5729
Verdugo Hills 818-949-4055

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información demográfica	Nombre		Fecha de nacimiento		Cónyuge/pareja		Fecha de nacimiento	
	Dirección				Ciudad		Estado	Código postal
	Tiempo de residir en la dirección actual ___ Renta ___ Propia ___ Años ___ Meses				Condado		Estado civil ___ Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Viudo	
	Número del celular		Número del trabajo	Número de la casa	Número del celular del cónyuge		Número del trabajo del cónyuge	
	Enumere a TODAS las personas que viven en su hogar; incluidos los dependientes (adjunte una hoja adicional si es necesario)							
	Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante
	1							
	2							
	3							
	4							
Propio				Cónyuge				
N.º de Seguro Social				N.º de Seguro Social				
Empleado por				Empleado por				
Dirección comercial				Dirección comercial				
Ocupación				Ocupación				

Duración del empleo __ Años __ Meses __ Horas trabajadas a la semana		Duración del empleo __ Años __ Meses __ Horas trabajadas a la semana	
---	--	---	--

Ingresos: representan todas las cantidades que reciba en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos.					
Fuente de ingresos			Activos/propiedad		
Brutos mensuales propios			Brutos mensuales del cónyuge		
Ingresos brutos		Ingresos brutos			
Seguro Social/SSI/SSDI		Seguro Social/SSI/SSDI			
Asistencia pública		Asistencia pública			
Ingresos de propiedad en alquiler		Ingresos de propiedad en alquiler			
Compensación de los trabajadores		Compensación de los trabajadores			
Desempleo		Desempleo			
Manutención infantil		Manutención infantil			
Otro		Otro			
TOTAL		TOTAL			
Gastos mensuales					
Monetaria		Efectivo en mano			
Ahorros		Cuenta de fideicomiso			
Acciones/bonos		Cooperativa de crédito		Otro	
Renta/pago de la casa		Seguro de automóvil		Seguro de vida	Seguro médico
Impuesto sobre bienes inmuebles		Teléfono/teléfono celular		Alimentos	Agua y alcantarillado
Seguro de propiedad		Pago de vehículo		Gasto de guardería	Gastos médicos

Gas	Pago de vehículo	Gastos de manutención infantil	Otro/especifique:	
Electricidad			TOTAL	

Documentos requeridos:

- comprobante de ingresos (por ejemplo, 2 recibos de pago para cada persona que tenga un salario, SS, SSI, SSDI, asistencia pública, ingresos por alquileres, jubilación, pensión, beneficios de VA, desempleo, compensación de los trabajadores, manutención infantil, pensión alimenticia u otros);
- copia de su declaración de impuestos 1040 más reciente, que incluya todos los anexos y documentos adjuntos correspondientes;
- copia de dos (2) estados de cuenta bancarios (monetario/ahorros) con todas las páginas;
- copia de su cheque de alquiler cancelado más reciente, contrato de arrendamiento o pago de la hipoteca;
- declaración escrita de un miembro de la familia o amigo que le esté proporcionando alojamiento y alimentación y/o ingresos;
- solicitud completa de asistencia financiera.

CESIÓN DE DERECHOS

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información y las declaraciones incluidas en esta solicitud de asistencia financiera y en toda la documentación que envío son exactas, verdaderas y correctas. Por este medio doy mi autorización para que usted revise mi historial de crédito a fin de evaluar esta solicitud para ser considerado para recibir asistencia financiera.

Entiendo que, si es necesario, Keck Medical Center of USC podría hacer solicitudes razonables de información adicional y verificación.

Entiendo que Keck Medical Center of USC mantendrá confidencial la información y las declaraciones que he proporcionado.

Entiendo que completar la solicitud permitirá que Keck Medical Center of USC analice mis circunstancias.

Entiendo que Keck Medical Center of USC no da ninguna declaración de garantía de la asistencia financiera.

Yo/nosotros por este medio certifico/certificamos la información anterior y autorizo/autorizamos para que usted obtenga información de crédito relacionada conmigo/nosotros.

Firma

Fecha

Firma

Fecha