

Condado de San Joaquin

Asistencia y Elegibilidad Financiera Medica

Encerrado es una aplicación para programas de ayuda para gastos médicos proporcionados por el Condado de San Joaquin. El proceso de elegibilidad y evaluación financiera se determinara si usted es elegible para una variedad de programas federales, estatales o programas locales de asistencia. Si usted es elegible estos programas pueden proporcionar la cobertura de los servicios médicos básicos.

Los programas actuales son:

- Medical Assistance Program (MAP)
- Charity Care
- Catastrophic Charity
- Discount Program
- Prompt Pay Discount

Esta aplicación debe ser llenada completamente y firmada. Por favor traiga todos los documentos que aplican a su situación, ya que sólo una comprensión completa de su situación financiera nos permitirá determinar correctamente su elegibilidad para los programas de cobertura médica.

Durante su entrevista, se le puede pedir traer documentos adicionales no en esta lista. Si documentación necesitada no es proporcionada, su aplicación será considerada incompleta y será negado. Los documentos solicitados establecerán su elegibilidad para programas basados en la residencia legal, los ingresos y para algunos programas, los activos financieros. Completar el proceso de aplicación le ayudará en programas de identificación que ayudarán le a encontrar sus necesidades médicas y proporcionar alcance de gastos médicos.

DOCUMENTACION REQUERIDA - La Identidad, La Residencia, Financia

1. **Una Identificación con foto del gobierno de los Estados Unidos.**
2. **Tarjeta de Seguro Social.**
3. **Prueba de ciudadanía o residencia permanente** (acta de nacimiento o tarjeta de residencia permanente)
4. **Prueba de su residencia** en el Condado de San Joaquín (por ejemplo un gasto de luz) aunque este bajo de el nombre de otra persona.
5. Declaración de la hipoteca de su Casa o recibo de su renta mas reciente o contrato de renta.
6. Si esta viviendo con alguien provea por **favor una carta notarisada de parte de esta persona que explica su arreglo por los gastos o' favor de traer la persona a su cita.**
7. Prueba de Ingreso: Los últimos cuatro talones de pago. (Empleado, compensación de incapacidad de trabajo o discapacidad)
8. Verificación de beneficios de desempleo por UD. o miembros de su familia, Llame 1-800-300-5616 a registrar un derecho por beneficios o' Reporte de Ingreso del Seguro Social.
9. Si recibe "General Relief", un informe SJ64 de su trabajador de la elegibilidad que demuestra su numero del caso y estado actual.
10. Si esta viviendo en una programa de rehabilitación, se requiere una carta del director del programa que afirma la fecha de su entrada y su fecha prevista de la terminación.
11. Estado de Cuentas Bancarias- Los 3 meses pasados (todas las páginas)
12. Retorno completo de impuestos; personal y de negocio. (por el año más reciente con todas las copias de los W-2s). Si no tiene una copia, puede llamar al 1-800-829-1040 para una transcripción del impuesto.
13. Carta de su trabajo que indique si su compañía le ofrece/no ofrece seguro medico.
14. Aplicación para el programa de Covered California. *(si es aplicable)*
15. Medí-Cal/SSI/SSDI Documentación de caso, pendiente o negado. *(si es aplicable)*
16. Divorcio o Papeles Legales de Separación *(si es aplicable)*
17. Verificaciones de sus bienes. (IRA's, 401K's, Stocks, Bonds, Fondos Mutuos, Póliza de seguro de vida, registros de automóviles). *(si es aplicable)*

San Joaquin General Hospital • Post Office Box 1020 • Stockton • California 95201
Phone (209) 468-6679 • Fax (209) 468-7688

Aplicación

INFORMACION DEMOGRAFICA y FINANCIERA Programa de Ingresos y Gastos Actuales

Nombre de paciente:	Nombre de Cónyuge:
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja	
Domicilio:	
Teléfono: Celular:	Celular de cónyuge:
Número de Seguro Social: <i>(Paciente)</i>	Número de Seguro Social: <i>(Cónyuge)</i>
Fecha De Nacimiento: <i>(Paciente)</i>	Fecha de Nacimiento: <i>(Cónyuge)</i>

Lista todos los dependientes que usted soporta, y que viven con usted.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Empleo y ocupación:

Tiempo completo Tiempo parcial Por su cuenta Jubilado

Empleador:	Puesto: Temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona a quien llamar:	Teléfono:
Si trabaja por su cuenta, anote el nombre de su empresa:	

Empleador de su cónyuge: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Por su cuenta <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	Puesto:
Persona a quien llamar:	Teléfono:
Si trabaja por su cuenta, anote el nombre de su empresa :	

Ingreso y Gastos:

Ingresos Mensuales:

	Paciente		Cónyuge
Ingresos brutos de empleo	\$ _____	\$	_____
Ingresos por cuenta propia	\$ _____	\$	_____
Asistencia pública	\$ _____	\$	_____
Seguro Social / Discapacidad	\$ _____	\$	_____
Ingresos militares	\$ _____	\$	_____
Pensiones	\$ _____	\$	_____
Pensión alimenticia/pagos de manutención de hijos	\$ _____	\$	_____
Ingresos de dividendos, interés, renta	\$ _____	\$	_____
Otros ingresos: _____	\$ _____	\$	_____
Subtotal(s)	\$ _____	\$	_____
Ingreso bruto mensual total	\$ _____		

Gastos mensuales:

Hipoteca/renta <i>(incluye mantenimiento)</i>	\$ _____
Comida y artículos de uso domésticos	\$ _____
Utilidades <i>(electricidad, agua, basura, alcantarillado)</i>	\$ _____
Teléfono	\$ _____
Compañías de finanzas	\$ _____
Tarjeta de crédito	\$ _____
Tarjeta de unión	\$ _____
Préstamos de autos	\$ _____
Transporte/auto <i>(seguranza, gasolina, reparos)</i>	\$ _____
Seguranza <i>(médico, dental, vida, casa)</i>	\$ _____
Gastos médicos y dentales <i>(hospital, médico, medicamentos)</i>	\$ _____
Ropa y lavandería	\$ _____
Escuela y cuidado de niños	\$ _____
Manutención de hijo y cónyuge	\$ _____
Pagos de plazos	\$ _____
Otro gastos: _____	\$ _____
Totales gastos mensuales	\$ _____

Activos y pasivos: (sírvese proporcionar declaraciones actuales)

Activos (excluye los fondos de jubilación)	Valor Comercial	Compañía / Número de Cuenta / Locación
Dinero en efectivo en cuenta corriente		
Dinero en efectivo en la cuenta de ahorros		
Los certificados de depósito		
A. Total efectivo		

Inversiones – Valores		
– Bonos		
– Fondos de inversión		
– Otros ()		
B. Total		

Casa – Hogar Principal		
Otros bienes inmuebles		

Vehículos – año/marca/modelo		
1.		
2.		
3.		
C. Total		

Lista de bienes personales (barcos, etc.)		
1.		
2.		
3. Otros joyas (joyería/coleccionables)		
D. Total		

E. Activos totales (A + B + C + D = E)		
---	--	--

Las deudas, los préstamos pendientes		
Hipoteca – Hogar Principal		
Otras deudas en propiedad		
Deuda en Caros		
Deuda de propiedad Personal		
Tarjetas de crédito (compañía / # de cuenta)		
1.		
2.		
F. Total		

Otras deudas/préstamos (describa)	
1.	
2.	
G. Total	
H. Total deudas/préstamos pendientes (F+G = H)	

Patrimonio Neto (E - H)	
--------------------------------	--

Posible acceso a fuentes categóricas de financiamiento. Marque uno con un círculo, si corresponde

NOTA: La información solicitada debajo será utilizado para determinar únicamente unión a financiación disponible programas y no impresionar su cuidado clínico.

- ¿Está o estará discapacitado durante más de un año? S N
- ¿Es veterano de las fuerzas armadas? S N
- Si es mujer, ¿se le ha diagnosticado con cáncer de mama o del útero? S N
- Si es hombre, ¿se le ha diagnosticado con cáncer de próstata? S N
- ¿Busca ayuda para necesidades de la salud reproductiva (embarazo o solicitud de anticonceptivos)? S N
- ¿Solicita ayuda para un hijo/dependiente menor de 21 años con un padecimiento relacionado a la salud mental? S N
- ¿Tiene usted o los miembros de su familia algún otro padecimiento para que cual solicitan tratamiento o necesitan ayuda? S N

Al firmar este documento, le doy al condado de San Joaquín autorización para verificar cualquier información contenida en este formulario. Le doy al condado de San Joaquín autorización para obtener cualquier otra información para determinar mi responsabilidad financiera. Declaro bajo perjurio, la información contenida en este formulario es verdadera y correcta.

Fecha:	(Firma del paciente o fiador)
Fecha:	(Firma del cónyuge)