



Solicitud Confidencial de Cuidados Comunitarios

Información del paciente

Fecha(s) de la prestación: _____ Número(s) de cuenta: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. de SS _____

Estado civil: _____ Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Información de selección

¿Actualmente, tiene seguro de salud? (S/N) En caso afirmativo, indique el seguro: _____

- Elegible para el Mercado de Seguros de Salud de California u otra cobertura de salud financiada por el estado o el condado, además de Medicare, Medi-Cal, Health Families y California Children's Services (S/N)
- En caso afirmativo: _____

¿Ha solicitado un seguro de salud en los últimos 3 meses? (S/N)

- En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Ha tenido usted un seguro de salud en los últimos 3 meses? (S/N)

- En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo para la cancelación del seguro? _____
- ¿Es elegible para Cobra? (S/N) En caso afirmativo, el monto de la prima es: _____ Fecha de vencimiento del pago: _____
- ¿Es elegible para la inscripción en Covered CA? (S/N)
- ¿Quisiera recibir asistencia con la solicitud de Covered CA (S/N)

¿Es usted militar en servicio activo? (S/N)

- En caso afirmativo, ¿es elegible para recibir beneficios médicos de la Administración de Veteranos? (S/N)

¿Ha sido víctima de un delito? (S/N)

- En caso afirmativo, ¿ha realizado la denuncia policial? (S/N) Debe completarse en un lapso de 72 horas del incidente)
 - Completó la solicitud de Víctima de un Delito (S/N)

Información y evaluación financiera del hogar

Nombre del integrante	Edad	Relación	Empleador	Ingreso bruto anual

Tamaño de la familia: _____ Total de dependientes: _____ Total del ingreso bruto del hogar: _____

Gastos mensuales

Renta/hipoteca \$ _____
 Servicios públicos \$ _____
 Alimentos \$ _____
 Artículos del hogar \$ _____
 Gastos de automóvil \$ _____
 Gastos médicos \$ _____
 Cuidado infantil \$ _____
 Ropa \$ _____
 Seguro de automóvil \$ _____
 Otros \$ _____

Ingresos y activos

Cuenta(s) corriente(s) \$ _____
 Cuenta(s) de ahorro \$ _____
 Otros activos líquidos \$ _____
 Seguro de desempleo \$ _____
 Ingreso del cónyuge \$ _____
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) \$ _____
 Subsidio por incapacidad \$ _____
 Pensión alimenticia \$ _____
 Otros \$ _____

Total de ingreso bruto mensual \$ _____

Total de gastos mensuales \$ _____

Total de ingreso bruto mensual menos Total de gastos mensuales = \$ _____

A mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera. Autorizo a la Agencia de Informes de Créditos que contrate el Hospital o a su agente a verificar mi situación financiera.

 FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

 Fecha