

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Torrance Memorial Medical Center ("TMMC") ofrece un Programa de Asistencia Financiera a nuestros pacientes que no pueden hacer frente al costo de su atención médica. TMMC dispone de dos vías de ayuda financiera. Una es la vía habitual de solicitar la ayuda financiera máxima ("Ayuda Financiera Integral") a la que podría optar en virtud de nuestra Política de Ayuda Financiera (la "Política"). La Política se aplica a los servicios prestados por TMMC, y a los médicos que deben participar en la Política como condición de su relación contractual con TMMC (consulte el Anexo D de la Política para obtener una lista completa de quienes participan en la Política). Los servicios electivos/cosméticos y cualquier otro proveedor de servicios fuera de las áreas mencionadas anteriormente pueden no estar cubiertos por este programa. La segunda vía tiene unos requisitos de solicitud abreviados para los pacientes que buscan una asistencia financiera limitada ("Asistencia financiera limitada").

Para ser considerado para estos programas de asistencia financiera, por favor complete esta solicitud para ayudar a TMMC a determinar si usted puede calificar para recibir un descuento. No podemos garantizarle que vaya a cumplir los requisitos, aunque lo solicite. Se proporcionará una respuesta por escrito a todos los pacientes apoyando la aprobación/denegación después de que recibamos su solicitud completada y la documentación.

Puede enviar la solicitud completada por correo o en persona a la dirección que se indica a continuación. Proporcione todos los documentos solicitados a continuación. Los documentos que falten o no se adjunten pueden provocar un retraso o la denegación de la ayuda financiera. Si no puede aportar documentos concretos, facilite una carta explicativa.

**LA NO PRESENTACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA PUEDE DAR LUGAR A SU DENEGACIÓN.**

**TENGA EN CUENTA: SI NO ESTÁ ASEGURADO Y CUMPLE LOS CRITERIOS ESPECÍFICOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA DE MEDI-CAL, NO ESTÁ OBLIGADO A LLENAR ESTA SOLICITUD.**

<b>Documentos acreditativos de ingresos para la solicitud Documentos que debe aportar:</b>	<b>Asistencia financiera integral</b>	<b>Asistencia financiera limitada</b>
Talones de cheques de pago (2 meses anteriores)	Requerido	Requerido
Declaración de impuestos federales (año anterior). Consulte las notas a pie de página 1 y 2 a continuación	Requerido	Requerido
Declaraciones de verificación de desempleo, seguro social o discapacidad (dos meses anteriores)	Requerido	Opcional
Estados de cuenta bancarios de todas las cuentas corrientes, de ahorros y de cooperativas de ahorro y crédito (dos meses anteriores e incluye todas las páginas).	Requerido	Opcional
Verificación del alquiler o de la hipoteca.	Requerido	Opcional
Carta de respuesta a la solicitud de Medi-Cal (aprobación o denegación), si procede.	Requerido	Opcional

<sup>1</sup> Si no se ha presentado una declaración de impuestos federales, proporcione los formularios W2 o 1099 más recientes.

<sup>2</sup> Si la presentación de la declaración de impuestos federales se retrasa debido a incapacidad temporal o desempleo, proporcione el formulario de impuestos para no presentar. Obtenga copias llamando al 1-800-908-9946 o visitando [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) (utilice el formulario 4506-T o 4506T-EZ).

## Documentos del cónyuge/pareja:

- Si está casado, en unión civil o en pareja de hecho, proporcione los documentos de "Prueba de ingresos" aplicables relativos a su cónyuge/pareja. Consulte la lista de documentos anterior, que incluye, entre otros, cheques de pago, declaraciones de verificación, declaraciones de impuestos federales, formularios W2 o 1099, formularios de demora de presentación, estados de cuenta bancarios y pensión alimenticia/manutención de los hijos.

## Solicitud completada:

- La solicitud completada debe incluir la fecha y la firma del solicitante, y del cónyuge/pareja de hecho/garante (si procede).

Por favor, devuelva la solicitud completada y los documentos acreditativos a

Torrance Memorial Medical Center  
Attn: Oficina de Negocios  
3330 Lomita Boulevard  
Torrance, CA 90505

## Más ayuda

Para obtener ayuda o información adicional sobre nuestro Programa de Asistencia Financiera, incluida la obtención de documentos traducidos o accesibles relacionados con la asistencia financiera, puede ponerse en contacto con la Oficina de Negocios de lunes a viernes de 8:00 de la mañana a 4:00 de la tarde:

- En persona, en la dirección arriba indicada
- Por teléfono al 310-517-1010

El sitio web de TMMC también proporciona información sobre nuestro Programa de Asistencia Financiera en <https://www.torrancememorial.org/patients-visitors/billing-insurance/help-paying-your-bill>.

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor, marque el tipo de ayuda financiera que le interesa solicitar:

- Ayuda financiera limitada (con un límite que oscila entre el 0% y el 50%)
- Ayuda financiera completa (sin límite, del 0% al 100%)

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE			
Nombre del paciente		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección de la casa		Ciudad	Estado o Código postal
Número de casa	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de EE. UU. <input type="checkbox"/> Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Ingresos familiares anuales: \$ _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho		Número de personas en su hogar (según lo informado en sus impuestos):	

Situación laboral			
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha de trabajo: _____			

Nombre del empleador	Número de teléfono		
----------------------	--------------------	--	--

Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------	--------	--------	---------------

**INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE/ LA PAREJA DOMÉSTICA/ EL PADRE / EL GARANTE**

Relación con el paciente			
<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
--------	-------------------------	---------------------	--

Situación laboral			
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha de trabajo: _____			

Nombre del empleador	Número de teléfono		
----------------------	--------------------	--	--

Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------	--------	--------	---------------

**COBERTURA DEL SEGURO**

¿Tiene derecho a alguna cobertura de seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique lo siguiente:			
---	--	--	--

Titular de la póliza	Aseguradora	Número de póliza
----------------------	-------------	------------------

Titular de la póliza	Aseguradora	Número de póliza
----------------------	-------------	------------------

**INFORMACION SOBRE GASTOS Y ACTIVOS**

Ingresos mensuales actuales	Paciente/Garante	Cónyuge/Pareja	Total
Salario bruto	\$	\$	\$
Ingresos netos de los trabajadores por cuenta propia	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
Bienes Raíces o Propiedades de Alquiler	\$	\$	\$
Seguro Social/Jubilación/Discapacidad	\$	\$	\$
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
<b>Ingreso mensual total</b>	\$	\$	\$
Gastos esenciales de subsistencia	Paciente/Garante	Cónyuge/Pareja	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos de bienes raíces	\$	\$	\$

Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Pensión alimenticia, pago de manutención	\$	\$	\$
Pago del préstamo/arrendamiento del automóvil	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/Cuidado de niños (dependientes menores)	\$	\$	\$
Alimentación	\$	\$	\$
Seguro	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
<b>Gastos mensuales totales</b>	\$	\$	\$
<b>Deuda médica actual</b>	<b>Paciente/Garante</b>	<b>Cónyuge/Pareja</b>	<b>Total</b>
Deuda médica	\$	\$	\$
<b>Activos (excluidas las cuentas de jubilación)</b>	<b>Paciente/Garante</b>	<b>Cónyuge/Pareja</b>	<b>Total</b>
Cuentas corrientes/de ahorro/de crédito	\$	\$	\$
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas del mercado monetario/correduría	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
<b>Activos totales</b>	\$	\$	\$

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto solicitar cualquier ayuda local, estatal y federal a la que pueda optar, para ayudar a aliviar el costo de cualquier factura hospitalaria y profesional. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por la Organización y les autorizo a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información incorrecta a sabiendas o si la solicitud contiene un error material u omisión, ya no podré optar a la ayuda financiera. Si se me concedió ayuda financiera con anterioridad, podrá ser revocada en ese momento y seré responsable del saldo pendiente.

---

Firma de la persona que solicita la ayuda financiera

---

Fecha

---

Firma del cónyuge/pareja de hecho/garante (si procede)

---

Fecha