

**Children's Hospital & Research Center Oakland, Cuyo Nombre Comercial Es UCSF Benioff Children's Hospital Oakland (en adelante, el BCHO o el Hospital)**

**Instrucciones Para Rellenar La Solicitud De Atención Comunitaria**

**Instrucciones**

Como parte de nuestro compromiso de servir a la comunidad, el UCSF Benioff Children's Hospital Oakland ofrece ayuda económica a pacientes/garantes que no son elegibles para recibir los beneficios de programas del Estado o Federales, que no tienen un seguro o que tienen un seguro insuficiente. Este es el programa de Atención Comunitaria.

Para saber si un paciente/garante califica para recibir Atención Comunitaria, necesitamos recibir cierta información de finanzas. Si usted colabora, podremos considerar debidamente su pedido de ayuda económica.

**Por favor, brinde la siguiente información y copias junto con su solicitud de ayuda económica:**

1. Declaración de situación económica
2. Documentos para comprobar ingresos

<b>Por favor, entregue uno o más de los siguientes:</b>	<b>Por favor, entregue una copia de uno de los siguientes:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Formulario W-2 del IRS de ganancias</li> <li>B. Últimos dos comprobantes de pago de todos los salarios de la familia; y/o</li> <li>C. Resumen de cuenta bancaria que tenga información sobre ingresos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Asistencia del Gobierno, Seguridad Social o Compensación por Accidente Laboral; o</li> <li>B. Carta de compensación por desempleo; o</li> <li>C. Declaración de impuesto sobre la renta del año anterior.</li> </ul>

En el caso de que no esté disponible una comprobación de ingresos, comuníquese con nuestra oficina para recibir otras instrucciones. Las solicitudes que no tengan un comprobante de ingresos se consideran incompletas y no se procesarán. Para recibir ayuda para rellenar esta solicitud, comuníquese con el UCSF Benioff Children's Hospital Oakland llamando al **(510) 428-3485** (De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m.)

Entregue esta solicitud y los documentos de comprobación de ingreso dentro de los 14 días calendario Patient Accounting

**Patient Accounting Office-Community Care**  
**UCSF Benioff Children's Hospital Oakland**  
**6425 Christie Avenue**  
**Suite 120**  
**Emeryville, CA 94608**

Le avisaremos si usted es elegible luego de recibir y revisar toda la información necesaria. La notificación se enviará por correo a la dirección que usted informó en la Solicitud de Atención Comunitaria.

**UCSF Benioff Children's Hospital Oakland**  
**La Solicitud De Atención Comunitaria**  
**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA**

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Nombre Del Garante \_\_\_\_\_ Nombre Del Garante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN FAMILIAR:** Haga una lista de todos los dependientes del hogar

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**EMPLEO Y OCUPACIÓN**

Empleador \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Persona y teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si trabaja por cuenta propia, nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Persona y teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si trabaja por cuenta propia, nombre de la empresa \_\_\_\_\_

**INGRESO MENSUAL ACTUAL**

Sueldo bruto (sin descuentos) \_\_\_\_\_

**Suma** Ingreso de empresa activa (si trabaja por cuenta propia) \_\_\_\_\_

**Suma** Otros ingresos: \_\_\_\_\_

Intereses y dividendos \_\_\_\_\_

Inmobiliario o bienes personales \_\_\_\_\_

Seguridad Social \_\_\_\_\_

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Pagos de pensión alimentaria o manutención recibidos \_\_\_\_\_

**Reste** Pagos de pensión oalimentaria o manutención \_\_\_\_\_

**Resultado** Ingreso mensual actual \_\_\_\_\_

**Ingreso total mensual** (Combina los dos Garantes) \_\_\_\_\_

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

Total de familiares: (Suma al paciente, los garantes y los dependientes mencionados arriba) \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, acepto permitir que el UCSF Benioff Children's Hospital Oakland compruebe mis antecedentes laborales y de crédito con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir un descuento financiero. Comprendo que también debo entregar los documentos que se detallan en las Instrucciones de la Solicitud de Asistencia Financiera en un plazo de 14 días.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Garante** (Firma manuscrita requerida)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Garante** (Firma manuscrita requerida)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**