



Central Valley Network

Instrucciones para el Programa de Asistencia Financiera

Entendemos el alto costo de la atención médica y que puede ser una carga para su familia. Nos gustaría ofrecerle un programa de descuentos. El Gobierno Federal tiene reglamentos que nos obliga obtener la siguiente información sobre su ingresos para considerar lo para un descuento.

1. Por favor, complete todas las áreas en la parte trasera de este formulario de solicitud. Si la pregunta no aplica a usted, escriba N/A en el espacio proporcionada.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para cualquier pregunta.
3. **Debe proporcionar prueba de ingresos cuando usted entrega esta aplicación. Los documentos siguientes son aceptado como prueba de ingresos de todos los miembros en su casa:**
 - a. La declaración de impuestos federal (Forma 1040) del año más reciente. Debe incluir todos los horarios sometidos al Internal Revenue Services.
 - b. Una copia del más reciente talon de trabajo, asistencia de seguro social y otros ingresos de todos los miembros en su casa.
4. Su aplicación no puede ser procesada hasta que toda la información necesaria sea proporcionada.
5. Es importante que complete y entrega la Aplicación Financiera de ayuda junto con todos los documentos necesarios dentro de catorce (14) días.
6. Debe firmar y fechar la aplicación.
7. Si tiene preguntas, por favor llama a un representante al 559-585-7216.
8. Asistencia Financiera no cubren los cargos de servicios médico adquiridos aparte.
9. Envíe su solicitud completa a:

**Adventist Health/Central Valley Network
Patient Financial Services
215 W. Center St.
Hanford, CA 93230**

o venga a nuestra oficina para reunirse con un consejero de Asistencia Financiera.



Central Valley Network

**Adventist Health/Central Valley Network
Patient Financial Services
215 W. Center St.
Hanford, CA 93230**

El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente esta disponible para ayudarle con cualquier pregunta con respecto a su aplicación.

559-585-7216

Horas de Oficina
Lunes - Jueves
8 a.m. a 4:30 p.m.
Viernes
8 a.m. a 4 p.m.

Para obtener más información acerca de servicios de Adventist Health, visita www.AdventistHealthCV.com.



Aplicación para el Programa de Asistencia Financiera



Central Valley Network

Nuestra misión es compartir el amor de Dios proveyendo salud física, mental y espiritual.

Su Comunidad, Su Asistencia Médica

Reconocemos que los gastos para el cuidado medico son costosos y pagarlos pueden ser dificil para su familia. Queremos ofrecerle un programa de descuentos para ayudarle. Las regulaciones del Gobierno Federal requieren que obtengamos la informacion abajo para considerar un descuento en sus cuentas. Si usted desea que sus cuentas sean consideradas, favor de darnos la informacion requerida abajo. Uno de nuestros miembros le puede asistir y le contestara sus preguntas.

Nombre del paciente o persona responsable: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social # : _____

Numero Telefonico: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Empleador: _____ Ingresos Anuales: \$ _____

MIEMBROS DE SU FAMILIA

Información sobre familiares que viven en su casa y que usted apoya financieramente y los ingresos de ellos.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero Seguro Social	Relacion al Paciente	Ingresos antes de Impuestos
1.	_____	_____	_____	_____	\$ _____
2.	_____	_____	_____	_____	\$ _____
3.	_____	_____	_____	_____	\$ _____
4.	_____	_____	_____	_____	\$ _____
5.	_____	_____	_____	_____	\$ _____

Comprobantes de ingresos son requeridos. Por favor de referir al # 3 en la página trasera para mas información. Para cualquier pregunta por favor de llamar 559-585-7216 o gratuito 800-270-5014.

Esta aplicación y su reporte de credito nos ayudara en determinar si usted califica para uno de nuestros programas de asistencia financiera. Estos programas pueden ofrecerle descuentos por visitas o servicios en cualquiera de los siguientes centros médicos de Adventist Health:

- Central Valley General Hospital
- Hanford Community Medical Center
- Selma Community Hospital
- Adventist Medical Center-Hanford
- Community Care
- Otros Asociados Centros Ambulatorios

El paciente ha aplicado para Medi-Cal: Si: _____ No: _____ Condado: _____

Comentarios: _____

Firmando abajo, yo/nosotros declaramos que toda la información proporcionado es verdad y correcto. Yo/nosotros autorizamos a Adventist Health/Central Valley Network a verificar cualquier información en esta aplicación.

Firma del paciente o persona responsable: _____ Fecha: _____

Esta parte es para el uso del hospital Admitting Representative Signature: _____

Date: _____ Admitting Comments: _____

Patient Name: _____ Account#: _____

Place Label Here