



ANTELOPE VALLEY  
HOSPITAL

A facility of Antelope Valley Healthcare District

1600 West Avenue J • Lancaster, CA 93534 • (661) 949-5000

www.avhospital.org

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA INSTRUCCIONES

1. Llene ***todas*** las áreas de la solicitud anexa. Si hay algo que no corresponde a su caso, por favor escriba las siglas N/C en el espacio provisto.
2. Añada una hoja adicional si necesita más espacio para responder a cualquier pregunta.
3. Cuando entregue la solicitud, también ***debe*** entregar documentos que comprueben sus ingresos económicos. Aceptamos los siguientes comprobantes:

**Si hizo la declaración del impuesto federal sobre los ingresos económicos o las ganancias en los Estados Unidos, debe presentar una copia de:**

- a. La declaración al impuesto federal sobre los ingresos o las ganancias en los EE.UU. (formulario 1040) del año más reciente. Debe entregar todos los anexos y las tablas federales del impuesto tal como los presentó al Servicio de Rentas Internas de los Estados Unidos (IRS, por sus siglas en inglés).

**Si no hizo la declaración del impuesto federal sobre los ingresos económicos o las ganancias en los Estados Unidos, presente lo siguiente:**

- a. Dos (2) talones de cheques más recientes.

**Si no tiene ingresos económicos o documentos que los comprueben, presente una carta explicando cómo mantiene económicamente, tanto a usted mismo como a su familia.**

4. No podemos procesar su solicitud hasta cuando no nos entregue *toda* la información necesaria.
5. Es importante que llene y entregue la solicitud para asistencia financiera junto con todos los anexos solicitados dentro de catorce días.
6. ***Debe*** firmar y poner la fecha en la solicitud. Si tanto el paciente o el garante y su respectivo cónyuge incluyen su información, los dos ***deben*** firmar la solicitud.
7. Comuníquese con el Departamento Financiero si tiene alguna pregunta, llamando al (661) 949-5781 o al (800) 403-1857.

8. Envíe la solicitud completa a:  
Antelope Valley Hospital  
Patient Financial Services Department  
1600 West Avenue J  
Lancaster, CA 93534



**ANTELOPE VALLEY  
HOSPITAL**  
*A facility of Antelope Valley Healthcare District*

1600 West Avenue J • Lancaster, CA 93534 • (661) 949-5000  
www.avhospital.org

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

<b>Número(s) de cuenta(s) del cliente en el hospital</b>	
<b>Nombre del paciente/garante</b>	
<b>Nombre del cónyuge</b>	
<b>Domicilio (Calle)</b>	
<b>Domicilio (Ciudad, estado y código postal)</b>	
<b>No. de teléfono en casa</b>	( )
<b>No. de teléfono del trabajo</b>	( )
<b>No. de teléfono celular</b>	( )
<b>No. Seguro Social paciente/garante</b>	
<b>No. Seguro Social cónyuge</b>	

<b>ESTADO FAMILIAR</b>		
<b>Enumere a todas las personas que dependen económicamente de usted</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Parentesco</b>

<b>ESTADO LABORAL</b>		
	<b>Paciente/ Garante</b>	<b>Cónyuge</b>
<b>Nombre del empleador</b>		
<b>Puesto de trabajo</b>		
<b>Nombre de referencia en su trabajo</b>		
<b>No. de teléfono de la persona de referencia en su trabajo</b>		



ANTELOPE VALLEY  
HOSPITAL  
A facility of Antelope Valley Healthcare District

1600 West Avenue J • Lancaster, CA 93534 • (661) 949-5000  
www.avhospital.org

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

**INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES**

	Paciente/Garante	Cónyuge
<b>1. Salario y sueldo bruto mensual (total, antes de deducciones)</b>		
<b>2. Ingreso mensual como trabajador independiente o autónomo</b>		
<b>3. Interés y dividendos</b>		
<b>4. Alquiler y arrendamiento de bienes raíces</b>		
<b>5. Pensión Seguro Social</b>		
<b>6. Pensión alimenticia conyugal</b>		
<b>7. Pensión alimenticia por hijos menores de edad</b>		
<b>8. Pensión por desempleo o discapacidad</b>		
<b>9. Asistencia pública</b>		
<b>10. Total de todas las demás fuentes de ingresos económicos. Anexe una lista de los mismos.</b>		
<b>Ingresos totales (Sume las cantidades que ingresó en los casilleros del 1 al 10)</b>		

**GASTOS INUSUALES**

**Incluya información sobre cualquier gasto inusual como gastos médicos, bancarrota, sentencias judiciales o acuerdos extrajudiciales. Anexe una lista según sea necesario.**

Descripción	Cantidad

Con mi firma a continuación, declaro/declaramos que toda la información provista es verdadera y correcta, según mi mejor conocimiento. Autorizo/autorizamos que el Antelope Valley Hospital verifique cualquier información incluida en esta solicitud. Expresamente autorizamos que se pongan en contacto con mi/ nuestro empleador(es).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha