ALHAMBRA HOSPITAL
Medical Center

100 S. Raymond Avenue, Alhambra, CA 91801 (626) 457-7997

DISCOUNT PAYMENT AND CHARITY CARE APPLICATION

SOLICITUD DE CARIDAD O PAGO CON DESCUENTO

This one application is used for both the Discount Payment program and the Charity Care program. Patients who apply only for Discount Payment may receive less financial assistance than what may be available to them under the Charity Care program.

Esta solicitud se usa tanto para el programa de Pago con Descuento como para el programa de Caridad. Los pacientes que solicitan solamente el Pago con Descuento podrían recibir menos ayuda financiera de la que podrían recibir con el programa de Caridad.

PATIENT NAME / *Nombre de paciente:*	**Last** / *Apellido:* **First** / *Primer:*
PATIENT NUMBER #:	
Credit Amount $: / *Cantidad de crédito:*	

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION / *Información de persona responsable*

PATIENT NAME / *Nombre de paciente:*	**Last** / *Apellido:* **First** / *Primer:*
ADDRESS / *Direccion:*	
CITY / *Ciudad:*	
State / *Estado:*	
ZIP CODE / *Zona postal:*	
HOW LONG AT THIS ADDRESS / *Cuanto tiempo en esta dirección:*	
Home or cell # / *# de teléfono de casa o celular:*	

EMPLOYER (IF UNEMPLOYED, HOW LONG?) *Empleador (Si está desempleado, cuanto tiempo?)*	
WORK PHONE # / *# de teléfono de trabajo:*	
EMPLOYER ADDRESS: *Dirección de su empleador:*	
POSITION/TITLE / *Posición o título:*	
Monthly employment income-net $ *Salario mensual de su empleo (neto) $*	
TIME AT POSITION: *Tiempo en esta dirección:*	____ **MONTHS** *(meses)* ____ **YEARS** *(años)*
SSI $:	☐ YES / *Si* ☐ NO

SPOUSE / *Conyuge:*

NAME / *Nombre:*	**Last** / *Apellido:* **First** / *Primer:*
ADDRESS / *Direccion:*	
CITY / *Ciudad:*	
State / *Estado:*	
ZIP CODE / *Zona postal:*	
HOW LONG AT THIS ADDRESS / *Cuanto tiempo en esta dirección:*	
Phone # / *# de teléfono*	
EMPLOYER (IF UNEMPLOYED, HOW LONG?) *Empleador (Si está desempleado, cuanto tiempo?)*	
WORK PHONE # / *# de teléfono de trabajo:*	
EMPLOYER ADDRESS: *Dirección de su empleador:*	
POSITION/TITLE / *Posición o título:*	
Monthly employment income-net $ *Ingreso neto mensual - $*	

TIME AT POSITION: *Tiempo en esta dirección:*	____ **MONTHS** *(meses)* ____ **YEARS** *(años)*
SSI $:	☐ YES / *Si* ☐ NO

DEPENDENTS / *Dependientes:*

Name / *Nombre:*	**DOB** / *Fecha de nacimiento:*	**Income Amount** / *Cantidad de ingreso:*
	_____ / _____ / _____	
	_____ / _____ / _____	
	_____ / _____ / _____	

PRIMARY & OTHER INCOMES / *INGRESOS PRINCIPALES o OTROS INGRESOS:*

Wages / *Sueldos $:*	
Social Security / *Seguro Social $:*	
Unemployment / *Desempleo $:*	
TOTAL INCOME $ / *INGRESOS TOTALES $:*	

I hereby acknowledge that the above information is correct by signing it and allow ALHAMBRA HOSPITAL MEDICAL CENTER to verify this information through any fundraising agency to assist in the settlement of the hospital bill. Any payment arrangements must be paid by the due date indicated, or the outstanding balance will be assigned to a collection agency. The above information will also be used for charity screening purposes.

Por la presente reconozco que la información anterior es correcta con mi firma y permito que ALHAMBRA HOSPITAL MEDICAL CENTER verifique esta información a través de cualquier agencia para ayudar en la recaudación de fondos con la liquidación de la factura del hospital. Cualquier acuerdo de pago establecido debe pagarse antes de la fecha de vencimiento indicada o el saldo pendiente se asignará a una agencia de cobranza. La información anterior también se utilizará con fines de evaluación de organizaciones benéficas.

Applicant's Signature: _____ Date: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

COUNTY OF LOS ANGELES AFFIDAVIT

DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICE
STATE OF CALIFORNIA, COUNTY OF LOS ANGELES

I, *(yo)* _____

LIVING AT *(Viviendo en)* _____

Los Angeles County California certifies through my signature that the statement given below is true and correct to the best of my knowledge and belief:

El condado de Los Ángeles, California, certifica mediante mi firma que la siguiente declaración es verdadera y correcta a mi leal saber y entender:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Signature: _____ Date: _____

Firma de Aplicante: _____ *Fecha:* _____

ANY PERSON WHO SIGNS THIS STATEMENT AND WHO WILFULLY STATES AS TRUE ANY MATERIAL MATTER WHICH HE/SHE KNOWS TO BE FALES IS SUBJECT TO THE PENALTIES PRESCRIPBED FOR PERJURY I THE PENAL CODE BY THE STATE OF CALIFORNIA SEC 11054 OF THE W & I CODE.

CUALQUIER PERSONA QUE FIRME ESTA DECLARACIÓN Y QUE voluntariamente DECLARE COMO VERDAD CUALQUIER ASUNTO MATERIAL QUE SEPA QUE ES FALSO ESTÁ SUJETO A LAS SANCIONES PRESCRITAS POR PERJURIO EN EL CÓDIGO PENAL POR EL ESTADO DE CALIFORNIA SEC 11054 DEL CÓDIGO W & I.

INCOME VERIFICATION LIST

Please provide a copy of all or any of the following income documentation or (optional) any proof of participation in a Public Benefit Program.

- Three recent pay stubs (must be within 6 months before or after the patient is first billed by the hospital, or in the case of pre-service, when the application is submitted).
- Most recent tax return, if no current pay stub (must be from the same year in which the patient was first billed, or 12 months prior to when the patient was first billed).
- Signed attestation stating patient is unemployed

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Proporcione una copia de toda o parte de la siguiente documentación de ingresos o (opcional) cualquier prueba de participación en un programa de beneficios públicos.

- Tres talones de ingresos actuales (deben corresponder a un periodo de 6 meses antes o después de que el hospital emita la primera factura al paciente, o, en el caso de servicios previos, al momento de presentar la solicitud).
- Declaración de impuestos más reciente si no hay un recibo de sueldo actual (debe corresponder al mismo año en que se facturó al paciente por primera vez, o a los 12 meses anteriores a dicha facturación).
- Certificado firmado que indique que el paciente está desempleado.