

CHARITY APPLICATION

SOLICITUD DE CARIDAD

PATIENT NAME

Nombre de paciente:

Last / Apellido Click or tap here to enter text. **First / Primer** Click or tap here to enter text.

PATIENT NUMBER #:

Credit Amount \$:

Cantidad de crédito:

Click or tap here to enter text.

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION / Información de persona responsable

PATIENT NAME / Nombre de paciente:	Last / Apellido: _____ First / Primer: Click or tap here to enter text.		
ADDRESS / Dirección:	Click or tap here to enter text.		
CITY / Ciudad: Click or tap here to enter text.	State / Estado: Click or tap here to enter text.	ZIP CODE / Zona postal: Click or tap here to enter text.	
HOW LONG AT THIS ADDRESS / Cuanto tiempo en esta dirección:	Click or tap here to enter text.	Home or cell # / # de teléfono de casa o celular:	Click or tap here to enter text.
EMPLOYER (IF UNEMPLOYED, HOW LONG?) / Empleador (Si está desempleado, cuanto tiempo)	Click or tap here to enter text.	WORK PHONE # / # de teléfono de trabajo:	Click or tap here to enter text.
EMPLOYER ADDRESS: / Dirección de su empleador:	Click or tap here to enter text.		
POSITION/TITLE / Posición o título:	Click or tap here to enter text.	Monthly employment income-net \$ / Salario mensual de su empleo (neto) \$	Click or tap here to enter text.
TIME AT POSITION: / Tiempo en esta dirección: Click or tap here to enter text.	_____ MONTHS (meses) _____ YEARS (años)		
SSI \$: Click or tap here to enter text.	☐ YES / Si ☐ NO		

SPOUSE / Conyuge:

NAME / Nombre:	Last / Apellido: Click or tap here to enter text. First / Primer: Click or tap here to enter text.		
ADDRESS / Dirección:	Click or tap here to enter text.		
CITY / Ciudad: Click or tap here to enter text.	State / Estado: Click or tap here to enter text.	ZIP CODE / Zona postal: Click or tap here to enter text.	
HOW LONG AT THIS ADDRESS / Cuanto tiempo en esta dirección:	Click or tap here to enter text.	Home or cell # / # de teléfono de casa o celular:	Click or tap here to enter text.
EMPLOYER (IF UNEMPLOYED, HOW LONG?) / Empleador (Si está desempleado, cuanto tiempo)	Click or tap here to enter text.	WORK PHONE # / # de teléfono de trabajo:	Click or tap here to enter text.

EMPLOYER ADDRESS: <i>Dirección de su empleador:</i>		Click or tap here to enter text.	
POSITION/TITLE / Posición o título:		Click or tap here to enter text.	Monthly employment income-net \$ <i>Salario mensual de su empleo (neto) \$</i>
TIME AT POSITION: <i>Tiempo en esta dirección:</i> Click or tap here to enter text.		_____ MONTHS (<i>meses</i>) _____ YEARS (<i>años</i>)	
SSI \$: Click or tap here to enter text.		☐ YES / <i>Si</i> ☐ NO	
DEPENDENTS / Dependientes:			
Name / Nombre: Click or tap here to enter text. _____		DOB / Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	
Name / Nombre: Click or tap here to enter text. _____		DOB / Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	
Name / Nombre: Click or tap here to enter text. _____		DOB / Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	
PRIMARY & OTHER INCOMES / INGRESOS PRINCIPALES o OTROS INGRESOS:			
Wages / <i>Sueldos \$:</i> Click or tap here to enter text.		Social Security / <i>Seguro Social \$:</i> Click or tap here to enter text.	
TOTAL INCOME \$ / <i>INGRESOS TOTALES \$:</i> Click or tap here to enter text.			

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) Click or tap here to enter text.

LIVING AT (*Viviendo en*) Click or tap here to enter text.

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 Angeles, California, certifica mediante mi firma que la siguiente declaración es verdadera y correcta a mi leal saber y entender:

[illegible]

Signature: Click or tap here to enter text. _____ **Date:** Click or tap here to enter text. _____

Firma de Apicante: _____ 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 PRESCRIBED 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.*