

VALLEY PRESBYTERIAN HOSPITAL

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FORM Provided in Accordance with Cal. Health & Safety Code § 127425(e)(5)

Application Date:	Date of Service:
Patient Name:	Account Number:
Street Address:	Phone Number:
City, State, Zip	Patient Date of Birth:
Patient's/Guarantor's email address:	

Please call 1-818- 902-2913 for any questions about filling out this form.

INCOME:

- All adult family members' income must be disclosed. Income includes gross (before taxes) wages, rental income, unemployment compensation, social security benefits, public assistance, dividends and interest, etc.
- "Family" is defined as follows: (i) for persons 18 years of age and older, family means spouse, domestic partner and dependent children under 21 years of age, whether living at home or not; and (ii) for persons under 18 years of age, family means parents, caretakers, relatives, and other children under 21 years of age of the parent or caretaker relative. If the patient is a minor, the "family" is defined as the patient, the patient's natural or adoptive parents and the parent's other children (natural or adoptive) who live in the patient's home.

Family Member's Name	Age	Date of Birth	Relationship to Patient	Source of Income or Employer Name	Income in the last 3 months	Social Security #
Total Household Income:						

**Please attach additional family member information if applicable.

- Proof of income must be supplied at the time of application (e.g. one month of pay stubs, most recent tax return (IRS Form 1040), etc.) and copy of bank statement.**
- If you report \$0 income, please provide a written statement of how you (or the patient) are surviving financially, including who provides food, shelter, transportation, etc. and how long you have been without income.

HOMELESS AFFIDAVIT

I, _____, hereby certify that I am homeless, have no permanent address, no job, savings, or assets, and no income other than potential donations from others.

_____ Patient/Guarantor Initials.

UNINSURED DISCOUNT PROGRAM

I, _____, hereby request that if I may not be found eligible for any Medical Assistance Program or granted Financial Assistance that I will be automatically deemed eligible for the Valley Presbyterian Hospital Uninsured Discount Program, if no third party coverage.

_____ Patient/Guarantor Initials.

My signature below certifies that everything I have stated on this application is correct and subject to review under audit. I understand that if the information I provide is determined to be false, financial assistance may be denied and I may be responsible to pay for services provided.

Applicant's Signature _____

Date _____

Please return completed application to:

Valley Presbyterian Hospital
P.O. Box 840417
Los Angeles, CA 90084-0417

Formulario de solicitud de asistencia financiera
Proporcionado de acuerdo con Cal. Código de salud seguridad §127425(e)(5)

Fecha de aplicación:	Fecha de Servicio:
Nombre del Paciente:	Número de cuenta:
Dirección:	Número de teléfono:
Ciudad, Estado, y código postal:	Fecha de nacimiento del paciente:
Dirección de correo electrónico	

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario por favor llame al 1-818- 902-2913

INGRESOS

- **Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia:** Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquiler compensación por desempleo beneficios de seguridad social, asistencia pública, dividendos e intereses etc.
- "Familia" se define de la siguiente manera: (i) para personas mayores de 18 años, familia significa cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el hogar: y (ii) para personas menores de 18 años, familia significa padres, cuidadores, parientes y otros niños menores de 21 años del padre o pariente encargado del cuidado. Si el paciente es menor de edad, la "familia" se define como el paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente y los otros hijos (naturales o adoptivos) de los padres que viven en el hogar del paciente.

Nombre del miembro de la familia	Edad	Fecha de nacimiento	Relación al paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos en los últimos 3 meses	Seguro Social #
Ingreso total del hogar:						

**Adjunte información adicional sobre miembros de la familia, si aplica.

- **Se debe proporcionar prueba de ingresos al momento de la solicitud (p. ej., talones de pago de un mes, la declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040 del IRS), etc.) y un copia del extracto bancario**
- Si informa un ingreso de \$0 proporcione una declaración por escrito de como usted (o el paciente) sobrevive económicamente incluyendo quien proporciona comida, vivienda, transporte, etc. y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.

DECLARACION JURADA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Yo, _____, certifico por la presente que no tengo hogar, no tengo dirección permanente, trabajo o ahorros o activos, y no tengo ingresos más que posibles donaciones de otros.

_____ Iniciales del o de la paciente/garante.

PROGRAMA DE DESCUENTO PARA NO ASEGURADOS

Yo, _____, solicito por la presente que si no se me considera eligible para ningún

Programa de asistencia médica o si no se otorga Asistencia financiera, se me considerara automáticamente elegible para el Programa de descuento para personas sin seguro de Valley Presbyterian Hospital, si no tengo cobertura de terceros.

_____ Iniciales del o de la paciente/garante.

Mi firma a continuación que todo lo que he declarado en esta solicitud es correcto y está sujeto a revisión bajo auditoria.

Entiendo que, si se determina que la información que proporciono es falsa, se puede denegar la asistencia financiera y puedo ser responsable de pagar los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha

Por favor devuelva la solicitud completa a: Valley Presbyterian Hospital

P.O. Box 840417

Los Angeles, CA 90084-0417