ALHAMBRA HOSPITAL
Medical Center
100 S. Raymond Avenue
Alhambra, CA 91801
(626) 457-7997

CHARITY APPLICATION

SOLICITUD DE CARIDAD

PATIENT NAME *Nombre de paciente:* **Last** / Apellido_____ **First** / *Primer*_____

PATIENT NUMBER *Numero de cuenta* _____ | **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** *(anos)*		
SSI $*:*	☐ YES ☐ 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:*		**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** *(anos)*		
SSI $*:*	☐ **YES /** *si*	☐ NO	

DEPENDENTS / *Dependientes:*		
Name */ Nombre:* _____	**DOB** */ Fecha de nacimiento:* _____/_____/_____	**Income Amount** */ Cantidad de ingreso:* _____
Name */ Nombre:* _____	**DOB** */ Fecha de nacimiento:* _____/_____/_____	**Income Amount** */ Cantidad de ingreso:* _____
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 for interest to be applied. 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 para que se apliquen los intereses. La información anterior también se utilizará con fines de evaluación de organizaciones benéficas.

Applicant's Signature: _____ **Date:** _____

Firma de Solicitante: _____ *Fecha:* _____

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 del Solicitante: _____ 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 and/or any proof of participation in a Public Benefit Program.

- Three income stubs (must be within 6 months of the date of service).
- Signed attestation stating patient is unemployed.
- Most recent tax return if no recent income stub.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

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

- *Tres talones de ingresos actuales (Debe estar dentro de los 6 meses a partir de la fecha del servicio*).
- *Certificado firmado que indique que el paciente está desempleado.*
- *Declaración de impuestos más reciente si no hay un recibo de sueldo actual.*