

Solicitud de ayuda económica

El programa de ayuda económica (Financial Assistance Program) de Antelope Valley Medical Center da ayuda económica a pacientes con necesidades de atención médicamente necesaria con bajos ingresos, sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente, que no son elegibles para un programa del gobierno y que de otra manera no pueden pagar la atención médicamente necesaria por su situación económica individual y familiar. Quienes solicitan un pago con descuento pueden recibir menos asistencia financiera que quienes solicitan atención caritativa. Para determinar si un paciente/garante califica para ayuda económica, necesitamos obtener cierta información económica. Su cooperación nos permitirá darle toda la consideración a su solicitud de ayuda económica.

Nombre _____ Dirección _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Seguro Social _____ Teléfono _____

Números de cuenta financiera _____

Haga una lista de dependientes:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>

Cantidad de dependientes indicados en la declaración de impuestos: _____

<u>Salarios/ingresos</u>	Mensual	Anual
Salario propio	_____	_____
Salario del cónyuge/pareja doméstica	_____	_____
Salarios de otros familiares	_____	_____
Beneficios por el Seguro Social/discapacidad	_____	_____
Asignaciones familiares de las Fuerzas Armadas	_____	_____
Jubilaciones/pensiones	_____	_____
Beneficios por desempleo	_____	_____
Pensión alimenticia/manutención de menores	_____	_____
Ingresos por alquiler, dividendos, intereses	_____	_____
<u>Gastos</u>	Mensual	Anual
Hipoteca/alquiler	_____	_____
Servicios públicos	_____	_____
Préstamo de auto	_____	_____
Facturas médicas	_____	_____
Teléfono/Internet	_____	_____
Comida/combustible	_____	_____
Tarjetas de crédito	_____	_____
Cuidado infantil/otro	_____	_____

Por favor, envíe las declaraciones de impuestos dentro de los 12 meses y 4 talones de pago dentro de los 6 meses de la fecha del primer recibo.

Mi firma certifica que la información que di en este formulario es correcta y verdadera hasta donde yo sé.

Nombre del solicitante en letra de molde _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Antelope Valley Medical Center / 1600 West Avenue J, Lancaster CA 93534 / 661-949-5000 / www.avmc.org

Ver: 1/2026

☐ Charity Care ☐ Discounted Care