

# CHARITY APPLICATION

## SOLICITUD 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 / Dirección:** \_\_\_\_\_

**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 / Dirección:** \_\_\_\_\_

**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:**

<b>Name / Nombre:</b> _____	<b>DOB / Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	<b>Income Amount / Cantidad de ingreso:</b> _____
<b>Name / Nombre:</b> _____	<b>DOB / Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	<b>Income Amount / Cantidad de ingreso:</b> _____
<b>Name / Nombre:</b> _____	<b>DOB / Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	<b>Income Amount / Cantidad de ingreso:</b> _____

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

<b>Wages / Sueldos \$:</b> _____	<b>Social Security / Seguro Social \$:</b> _____	<b>Unemployment / Desempleo \$:</b> _____
<b>TOTAL INCOME \$ / INGRESOS TOTALES \$:</b> _____	_____	_____

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:* \_\_\_\_\_



## 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 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 y/o 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.*