



Solicitud del Programa de Asistencia Financiera

Por favor devuelva a:

Department of State Hospital
Attn: Patient Cost Recovery Section
1215 O Street, MS-3
Sacramento, CA 95814
Dirección de correo electrónico:
DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov

Instrucciones: Complete las secciones de la A a la E lo mejor que pueda. Puede adjuntar documentación de respaldo a la solicitud y enviarla junto con la solicitud a la dirección que se menciona arriba.

Sección A

Información del paciente			
Nombre del paciente	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Dirección principal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección secundaria	Ciudad	Estado	Código postal
Revise lo siguiente y, si corresponde, proporcione información adicional a continuación:			
<input type="checkbox"/> Tutor/custodio	<input type="checkbox"/> Representante del beneficiario	<input type="checkbox"/> Poder notarial	
Nombre Apellido	Fecha de nombramiento	Teléfono	Correo electrónico
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Información del miembro de la familia			
Estado civil del paciente: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Número de dependientes:	
Incluya a todos los miembros de su hogar e indique la relación que tienen con usted a continuación:			
Nombre	Apellido	Relación	
Nombre	Apellido	Relación	
Nombre	Apellido	Relación	



Sección B

Cobertura de seguro médico

¿En la actualidad cuenta con seguro médico?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió en la casilla "Sí", proporcione información adicional a continuación:	
Nombre de la compañía de seguro primaria	Asegurado
Número de ID de la póliza/afiliado	Nombre del grupo
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Es el asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	
Si tiene una segunda póliza de seguro médico, proporcione la siguiente información:	
Nombre de la compañía de seguro secundaria	Asegurado
Número de ID de la póliza/afiliado	Nombre del grupo
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Es el asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	

Sección C

Ingresos y activos

Instrucciones: Indique el dinero que recibió en la columna de "monto mensual recibido". Si no aplica, indique "N/A". Incluya la documentación de respaldo con la solicitud cuando la presente. Los ingresos no contables están protegidos de cobranzas y pagos para la deuda, por lo que no es necesario reportarlos. Consulte el Anexo 1 para conocer tipos adicionales de ingresos no contables.

Fuente	Monto mensual recibido
Ingresos del empleo	
Ingreso de seguridad suplementario	
Beneficios por discapacidad	
Beneficios para veteranos	
Jubilación ferroviaria	
Apoyo del cónyuge, padre o madre, o dependientes	
Beneficios de jubilación sujetos a impuestos	
Ingresos por alquiler	
Otro (describa):	

Cuentas financieras

Instrucciones: Indique cualquier cuenta bancaria que posea y su valor a continuación. Si necesita más espacio, use la Sección E para agregar información bancaria adicional.



Tipo de cuenta: Cheques Ahorro Otra _____

Nombre del banco: Dirección:

Número de cuenta (solo los últimos 4 dígitos): Saldo actual:

Tipo de cuenta: Cheques Ahorro Otra _____

Nombre del banco: Dirección:

Número de cuenta (solo los últimos 4 dígitos): Saldo actual:

¿Es beneficiario de algún fondo? Sí No (si es así, proporcione el nombre del fondo, el tipo y la información de contacto del fiduciario en la Sección E)

Activos varios

Instrucciones: Indique todas las acciones, bonos o tenencias de criptomonedas que posea y su valor a continuación. Si necesita espacio adicional, use la Sección E.

Descripción	Valor

Bienes inmuebles

Instrucciones: Indique cualquier bien inmueble que posea. Si necesita espacio adicional, use la Sección E. También indique qué propiedad, si la hay, declara como su residencia principal.

Descripción/dirección	Residencia principal (sí/no)

Sección D

Gastos de vida mensuales

Cobertura de los gastos de vida mensuales: Solo usted Usted y sus dependientes

Tipo de gasto	Monto mensual
Primas de seguro médico (incluidos dentales y de la vista)	
Obligaciones legales (pensión alimenticia, manutención infantil, etc.)	
Transporte (pagos del automóvil, seguro, gasolina, tarifas de transporte público, etc.)	
Pagos para la vivienda (hipoteca, renta, seguro de vivienda, impuestos inmobiliarios, etc.)	
Comida, ropa y otros suministros para el hogar	
Escuela o gastos de cuidado infantil	
Servicios (gas, electricidad, agua, basura, teléfono, etc.)	



Otro:	
Gastos mensuales totales	

Sección E

Consideraciones adicionales
<p>Instrucciones: Indique cualquier información adicional que piensa que sería relevante para que el Departamento de Hospitales Estatales (Department of State Hospitals, DSH) la tome en cuenta en su solicitud de asistencia financiera, incluidas las cuentas bancarias adicionales o información sobre acciones y bonos. Si necesita espacio adicional, incluya la información en una hoja de papel por separado y adjúntela a la solicitud.</p>

Certifico que la información anterior es correcta y está completa. Entiendo que el Departamento de Hospitales Estatales (DSH) se reserva el derecho de verificar toda la información proporcionada y que podría tener que proporcionar pruebas de la información que proporcione. Acepto notificar a la Oficina Fiduciaria de Sacramento del DSH al (916) 654-1501 o en DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov si hay algún cambio en mi información financiera dentro de un plazo de 10 días tras el cambio.

Soy: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Representante del paciente (relación con el paciente: _____)				
Nombre en letra de imprenta	Firma	Fecha	Correo electrónico	Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	