



27200 Calaroga Avenue, Hayward, CA 94545

<b>FINANCIAL ASSISTANCE/ CHARITY CARE POLICY</b>	<b>EXHIBIT B</b>
--	------------------

**SOLICITUD PARA CONDICION FINANCIERA / ASISTENCIA FINANCIERA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ CÓNYUGE: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

**MIEMBROS DEL HOGAR:** Enumere todos los dependientes, que son miembros de su hogar

NOMBRE COMPLETO	EDAD	RELACIÓN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**EMPLEO Y POSICIÓN LABORAL**

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
 Contacto y Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Si Trabaja por Cuenta Propia, Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_  
 Empleador de Cónyuge: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
 Contacto y Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Si Trabaja por Cuenta Propia, Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_

**INGRESOS FAMILIARES**

		Paciente	Cónyuge
	Salario (Antes de Deducciones)		
<b>Sumar</b>	Ingresos de Operar su Negocio (si trabaja por su cuenta)		
<b>Sumar</b>	Otros Ingresos:		
	Dividendos e Interés		
	Ingresos por Alquiler / Bienes Raíces		
	Beneficios de Servicios Sociales / Por Discapacidad		
	Otro Ingresos (Especifique)		
	Manutención Conyugal / Pensión Alimenticia		
<b>Restar</b>	Pagos de manutención conyugal/pensión alimenticia		
<b>Igual a</b>	Ingresos Mensuales		

Total de Ingresos Mensuales (Paciente y Cónyuge) = \$ \_\_\_\_\_

**MIEMBROS FAMILIARES**

Total de Miembros Familiares: \_\_\_\_\_  
(sume paciente, cónyuge y dependientes en la sección previa)

	Sí	No
¿Tiene usted seguro medico?	_____	_____
¿Es usted elegible para algún programa del gobierno?	_____	_____
¿Tiene usted algún otro seguro que le cubra? (ejemplo, póliza de automóvil)	_____	_____
¿Su lesión fue causada por una tercera persona? (accidenté automovilístico)	_____	_____

Al firmar esta solicitud, yo entiendo que el Hospital St. Rose tendrá que verificar me estado de empleo y historial de crédito para el propósito de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera. Yo entiendo que tendré que comprobar la información provista en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ó Garante

\_\_\_\_\_  
Firma de Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha