

APLICACIÓN DE DESCUENTO Y BENEFICENCIA

La solicitud debe devolverse dentro de los 30 días posteriores a su recepción. Al enviar su solicitud, proporcione la siguiente información:

Copia del último talón de pago.

o

Copia de la última declaración de impuestos y formulario W-2.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente al (866) 597-1776. El número de cuenta del paciente y la fecha de ingreso se encuentran en la correspondencia adjunta.

Se realizará una consulta de crédito suave que no afectará su puntaje crediticio.

Número de paciente: _____ Fecha en que recibió _____

Nombre del Hospital: _____

I. Información del paciente (si el paciente es el mismo que el responsable salta a la sección dos).

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____ # de Seguro Social: _____
Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
¿Cuánto tiempo lleva residiendo en esta _____
Teléfono de casa: _____ Celúla# _____ # de Licencia de _____
¿Es usted un ciudadano ☐ Sí ☐ No Lugar de nacimiento: _____

II. Parte responsable

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Apellido del cónyuge: _____ Nombre del cónyuge: _____ Inicial: _____
Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____ # de Seguro Social: _____
Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
¿Cuánto tiempo lleva residiendo en esta dirección? _____ Relación con Patient: _____
Teléfono de casa: _____ Celúla# _____ # de Licencia de Conducir: _____
¿Es usted un ciudadano ☐ Sí ☐ No Lugar de nacimiento: _____

III. Información del empleador de la parte responsable

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Posición: _____ Años empleados: _____ Teléfono: _____
Horas mensuales (Reg/OT): _____ Tarifa por hora: _____ Frecuencia de pago: _____

IV. Información del empleador del cónyuge

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Posición: _____ Años empleados: _____ Teléfono #: _____
Horas mensuales (Reg/OT): _____ Tarifa por hora: _____ Frecuencia de pago: _____

V. Información del hogar (todas las personas en el hogar, incluido el yo)

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con la Parte Responsable
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VI. Información del seguro

Nombre del seguro: _____
de Póliza _____ # de Grupo _____ ¿Relacionado con el empleo? _____
Dirección del seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
¿A nombre de quien _____ ¿En que fecha _____ Nombre(s) de persona(s)
está la el seguro? _____ comenzó la cobertura? _____ asegurada(s) póliza _____

VII. Ingresos varios por mes

Dividendos, Intereses _____ Pensiones _____ Asistencia Pública/Estampillas _____
Seguro Social _____ Inversiones/Ingreso de Rentas _____ Otros _____ Becas _____
Desempleo/Recompensación del Departamento de Labor _____ Pensión Alimenticia/Pensión _____

VIII. Gastos varios

¿Está usted comprando o alquilando su casa _____
Valor de casa en el Mercado _____ Balance Pendiente en su Hipoteca _____
Número de años que le restan por pagar su Préstamo de su Hogar : _____
Balance Pendiente en su Préstamo de Automóvil _____
Número de años que le restan por pagar su Préstamo de Automóvil : _____
Balances Pendientes en Cuentas Médicas _____

IX. Por favor enumere sus gastos mensuales para:

Alquiler/Hipoteca _____ Asegurancia (Hogar/Médica/Vida/Auto/Otro) _____
Comida/Ropa _____ Electricidad/Agua/Gasolina _____ Préstamos _____
Impuestos de Propiedad _____ Teléfono(s)/Celular(es) _____ Pago(s) de Auto(s) _____
Otros _____ Tarefas de Crédito _____ Pensión Alimenticia/Pension(es) _____
Gastos Medicos/Medicamentos _____ Total de Gastos Mensuales Misceláneos _____

X. Ingresos netos mensuales

Ingreso Mensual del Garantizador _____ Ingreso Mensual del Cónyuge, (Si Aplica) _____
Total Mensual de Ingresos Misceláneos _____ Total Mensual de Gastos Misceláneos _____
Ingresos mensuales totales _____ Gastos mensuales totales _____ Total Mensual de Ingreso Neto _____

XI. Activos/Acciones - Listar valor en dólares para lo siguiente:

Nombre del banco	Dirección del banco	Número de cuenta	Saldo de la cuenta	Tipo de cuenta
_____	_____	_____	_____	Cuenta corriente
_____	_____	_____	_____	Cuenta corriente
_____	_____	_____	_____	Ahorros
_____	_____	_____	_____	Ahorros

CDs/Inversiones/Planes de Retiro _____ Hogar _____ Fondo de Inversiones _____
Otros Bienes Inmuebles _____ Asguranza de Vida _____ Otras Cosas de Valor _____
Motor home(s)/Barco _____ Valor en efectivo _____ Motocicleta _____ Valor en efectivo _____
Automóvil(es) _____ Marca/Modelo _____ Valor en efectivo _____

Total del Capital Propio _____

XII. Responsabilidad de terceros

¿El tratamiento está relacionado con una reclamo de responsabilidad de terceros? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un abogado? ☐ Sí ☐ No

Nombre del abogado: _____

Dirección del abogado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono del abogado: _____

XIII. Comentarios

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (866) 597-1776 con cualquier pregunta o inquietud al completar el formulario.

Certifico que la información anterior es precisa y completa hasta donde yo sé:

Firma del solicitante:

Fecha: _____

Firma de la Parte Responsable:

Fecha: _____

Firma del representante del hospital:

Fecha: _____

Por favor, devuelva la solicitud y todos los documentos requeridos a:

UHS Western Region CBO
Customer Service
2700 Fire Mesa Street
Las Vegas, NV 89128

Teléfono #: (866) 597-1776
Fax #: (702) 360-5071

E-mail: WesternCBOCharity@uhsinc.com

English

ATTENTION: If you need help in your language, please call 951-677-1111, ext. 8165 or visit Patient Access Services Department. The office is open Monday – Friday; 8:00 am – 5:00 pm and located at 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available. These services are free.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք զանգահարել 951-677-1111, ներք. 8165 կամ այցելել Զիվանդների մուտքի սպասարկման բաժին: Գրասենյակը բաց է երկուշաբթիից ուրբաթ; Առավոտյան 8:00 – 17:00 և գտնվում է 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, ինչպիսիք են փաստաթղթերը բրայլյան, մեծատառ, աուդիո և այլ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս ծառայություններն անվճար են

Chinese

注意：如果您需要您的語言的協助，請致電 951-677-1111，分機號碼 11。8165 或訪問患者無障礙服務部。辦公室週一至週五開放；上午 8:00 至下午 5:00，地址：36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 也提供為殘疾人提供的幫助和服務，例如點字、大字體、音訊和其他無障礙電子格式的文件。這些服務是免費的

Farsi

توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با شماره 951-677-1111 داخلی تماس بگیرید. 8165 یا به بخش خدمات دسترسی بیمار مراجعه کنید. دفتر از دوشنبه تا جمعه باز است. 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر و واقع در 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 خدمات کمکی و خدماتی برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل، چاپ بزرگ، صدا، و سایر قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس نیز در دسترس هستند. این خدمات رایگان هستند

Hindi

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो कृपया 951-677-1111, एक्सटेंशन पर कॉल करें। 8165 या रोगी पहुंच सहा विभाग पर जाएँ। कार्यालय सोमवार-शुक्रवार खुला रहता है; सुबह 8:00 बजे शाम 5:00 बजे और 36485 इनलैंड वैली डॉ, वाइल्डोमर, सीए 92595 पर स्थित विकलांग लोगों के लिए सहायता और सहाएँ, जैसे दस्तावेज़, बड़ा प्रिंट, ऑडियो और अन्य सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप भी उपलब्ध हैं। यह सहाएँ नि:शुल्क हैं

Lu Mien

attention: da'faanh meih oix zuqc tengx yie meih nyei waac tov heuc 951-677-1111 ext 8165 fai nziaauc patient access services department uov office naaic nqoi leiz-baaix yietv – leiz-baaix hmz 8:00 naaic – 5:00 pm caux located yiem 36485 inland valley dr wildomar ca 92595 aids caux services bun mienh caux disabilities oix documents yie braille large print audio caux other accessible electronic formats naaic yaac available uov services naaic free

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 951-677-1111 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 8165 ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਪਹੁੰਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ 'ਤੇ ਜਾਓ। ਦਫ਼ਤਰ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ; ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ - ਸ਼ਾਮ 5:00 ਵਜੇ ਅਤੇ 36485 ਇਨਲੈਂਡ ਵੈਲੀ ਡਾ, ਵਾਈਲਡੋਮਰ, ਸੀਏ 92595 'ਤੇ ਸਥਿਤ, ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Tagalog

PANSIN: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, mangyaring tumawag sa 951-677-1111, ext. 8165 o bisitahin ang Patient Access Services Department. Ang opisina ay bukas Lunes – Biyernes; 8:00 am – 5:00 pm at matatagpuan sa 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 Aids at mga serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille, malaking print, audio, at iba pang naa-access na mga elektronikong format ay magagamit din. Ang mga serbisyonang ito ay libre.

Laotian

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 951-677-1111, ext. 8165 ຫຼືໄປຢ້ຽມຢາມພະແນກບໍລິການເຂົ້າເຖິງຄົນເຈັບ. ຫ້ອງການເປີດອັນຈັນ-ວັນສຸກ; ເວລາ 8:00 ໂມງເຊົ້າ – 17:00 ໂມງແລງ ແລະຕັ້ງຢູ່ທີ່ 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານໃນຕົວອັກສອນນູນ, ການພິມໃຫຍ່, ສຽງ, ແລະຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

Thai

เรียน: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 951-677-1111 ต่อ 8165 หรือไปที่แผนกบริการการเข้าถึงผู้ป่วย สำนักงานเปิดทำการวันจันทร์ – ศุกร์; เวลา 8:00 น. – 17:00 น. และตั้งอยู่ที่ 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 นอกจากนี้ยังมีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้อื่นๆ อีกด้วย บริการเหล่านี้ฟรี

Hmong

CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, thov hu rau 951-677-1111, ext. 8165 los yog mus ntsib Patient Access Services Department. Lub chaw ua haujlwm qhib hnuv Monday - Friday; 8:00 teev sawv ntxov – 5:00 teev tsaus ntuj thiab nyob ntawm 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 Kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv hauv cov ntawv sau ua lej, cov ntawv luam loj, suab, thiab lwm yam khoom siv hluav taws xob siv tau kuj muaj. Cov kev pabcuam no pub dawb

Cambodia

ការយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 951-677-1111, ext8165 ឬទៅមើលនាយកដ្ឋានសេវាកម្មចូលប្រើអ្នកជំងឺ។ ការិយាល័យបើកនៅថ្ងៃច័ន្ទ

– ថ្ងៃសុក្រ; 8:00 ព្រឹក – 5:00 ល្ងាច ហើយមានទីតាំងនៅ 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 Aids និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប ការបោះពុម្ពផ្សាយ អូឌីយ៉ូ និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផងដែរ។សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi 951-677-1111, ext. 8165 hoặc đến Phòng Dịch vụ Tiếp cận Bệnh nhân. Văn phòng mở cửa từ Thứ Hai – Thứ Sáu; 8:00 sáng - 5:00 chiều và tọa lạc tại 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 Hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi, chữ in lớn, âm thanh và các định dạng điện tử có thể truy cập khác cũng có sẵn. Những dịch vụ này miễn phí

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните по телефону 951-677-1111, доб. 8165 или посетите Отдел обслуживания пациентов. Офис открыт с понедельника по пятницу; с 8:00 до 17:00 по адресу: 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595. Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля, крупным шрифтом, аудио и другие доступные электронные форматы. Эти услуги бесплатны

Ukrainian

УВАГА: якщо вам потрібна допомога на вашій мові, будь ласка, телефонуйте 951-677-1111, доб. 8165 або відвідайте відділ обслуговування пацієнтів. Офіс працює з понеділка по п'ятницю; 8:00 – 17:00 і розташовано за адресою 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595. Допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля, великим шрифтом, аудіо та інші доступні електронні формати, також доступні. Ці послуги безкоштовні

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 951-677-1111, ext. 8165 o visite el Departamento de Servicios de Acceso al Paciente. La oficina está abierta de lunes a viernes; de 8:00 am a 5:00 pm y ubicado en 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

Japanese

注意: あなたの言語でサポートが必要な場合は、951-677-1111 (内線) までお電話ください。8165 または患者アクセスサービス部門にアクセスしてください。オフィスは月曜日から金曜日まで営業しています。午前8時から午後5時まで、所在地は36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 です。点字、大きな活字、音声、その他のアクセス可能な

電子形式の文書など、障害のある人向けの補助およびサービスも利用できます。これらのサービスは無料です

Korean

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 951-677-1111, 내선 1번으로 전화해 주십시오. 8165번으로 전화하거나 환자 접근 서비스 부서를 방문하세요. 사무실은 월요일부터 금요일까지 운영됩니다. 오전 8시 – 오후 5시, 위치: 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 점자 문서, 큰 활자체, 오디오 및 기타 접근 가능한 전자 형식의 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 이 서비스는 무료입니다

Arabic

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغتك، يرجى الاتصال بالرقم 951-677-1111، داخلي. 8165 أو قم بزيارة قسم Inland خدمات وصول المرضى. المكتب مفتوح من الاثنين إلى الجمعة. 8:00 صباحاً - 5:00 مساءً ومقره في 36485 Inland Valley Dr, Wildomar, CA 92595 تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والمطبوعات الكبيرة والصوت وغيرها من التنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها. هذه الخدمات مجانية